

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia  
COIRAG  
Confederazione di Organizzazioni Italiane per la  
Ricerca Analitica sui Gruppi**

**Sede di Roma**

**Laboratorio di Gruppoanalisi**

**“La Comunità Terapeutica Passaggi: riflessioni sul  
tirocinio professionalizzante”**

**Dott.ssa Manuela Materdomini**

**Anno Accademico 2009**

	<b>Introduzione.....</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>La comunità terapeutico-riabilitativa “Passaggi”</b>	<b>4</b>
1	La cura del clima istituzionale: una revisione del concetto di efficacia terapeutica.....	5
1.1	L'équipe terapeutica come motore di cambiamento.....	6
2	Gli interventi terapeutici e le attività riabilitative.....	7
2.1	Le psicoterapie.....	7
2.2	Il gruppo terapeutico.....	8
2.3	Le cure psichiatriche.....	9
2.4	Gli incontri familiari.....	9
2.5	La riabilitazione.....	10
3	Il percorso dell'ospite in comunità.....	10
3.1	Fase di ingresso e accoglienza.....	11
3.2	Fase centrale : la quotidianità.....	11
3.3	Fase di uscita: le dimissioni.....	12
<b>2</b>	<b>L'assemblea come momento centrale della vita di comunità: considerazioni scaturite dall'esperienza di tirocinio professionalizzante.....</b>	<b>14</b>
1	Legalità, limiti e conflitti: l'assemblea come spazio di negoziazione...	14
1.1	Il ruolo del conduttore.....	17
1.2	L'assemblea come osservatorio del clima della comunità.....	18
2	Differenze con il gruppo terapeutico.....	21
	<b>Considerazioni conclusive.....</b>	<b>22</b>
	<b>Bibliografia.....</b>	<b>24</b>

## Introduzione

Nel primo biennio di specializzazione ho svolto l'attività di tirocinio professionalizzante all'interno della Comunità Terapeutica *Passaggi*. Qui ho incontrato professionisti di notevole intelligenza e doti umane che mi hanno accolto con affetto e mi hanno accompagnato nel mio "passaggio" presso la struttura trasmettendomi le loro competenze. Ho fatto anche la conoscenza dei pazienti che si sono avvicinati nella comunità nel corso di questi due anni. Ho conosciuto persone sofferenti e di estrema sensibilità, persone intelligenti, spesso creative che mi hanno donato molto e alle quali io stessa ho provato a rendere in cambio un'autenticità nella relazione.

Nel corso del tirocinio ho potuto osservare e partecipare alla quotidiana riunione organizzativa, collaborare alle attività di autogestione degli ospiti e trascorrere con loro i momenti meno strutturati che intercorrono tra un'attività e l'altra. Ho potuto anche partecipare con grande entusiasmo al laboratorio teatrale ed osservare l'assemblea, momento centrale della vita di comunità.

In questo lavoro, cercherò di fornire una presentazione il più possibile dettagliata di come è nata e di come si struttura la Comunità Terapeutica *Passaggi*, partendo dalla sua fondazione fino ad arrivare alla sua attuale organizzazione. Ritengo, infatti, che avere un quadro chiaro del contesto all'interno del quale si opera, anche solo come tirocinante, sia un presupposto imprescindibile per osservare ed agire con cognizione di causa, assumendo per quanto possibile un ruolo terapeutico.

Successivamente, descriverò l'attività dell'assemblea e proverò ad individuare gli elementi che la caratterizzano e che la contraddistinguono dagli altri spazi strutturati presenti nel programma terapeutico. Apparirà evidente che essa costituisce quello spazio elettivo all'interno del quale, grazie alla presenza del conduttore che si fa garante del setting, possono emergere le dimensioni della legalità, dei limiti e del conflitto. Essa, inoltre, come spazio che si colloca a metà strada tra la famiglia e il mondo sociale, diventa per i pazienti una palestra in cui misurare le proprie competenze relazionali con il gruppo dei pari.

Infine, riporterò alcune personali considerazioni conclusive in merito all'esperienza fatta.

## Capitolo I

### LA COMUNITA' TERAPEUTICO-RIABILITATIVA "PASSAGGI"

La Comunità Terapeutica *Passaggi* ha sede ad Oricola (AQ) ed ospita attualmente otto pazienti, di cui cinque maschi e tre femmine, di età compresa tra i ventuno e i trentotto anni, con problematiche psicopatologiche severe.

E' nata nel Giugno 1999, dopo una gestazione lunga tre anni nel corso della quale i cinque fondatori hanno intessuto rapporti con il territorio (Regione Abruzzo) e con i servizi, hanno dialogato con le istituzioni, si sono adoperati per la formazione degli operatori, si sono interrogati sul taglio da dare alla comunità, sul tipo di intervento da offrire, sui criteri di scelta dei pazienti da accogliere e sulle motivazioni profonde che li spingevano a fondare una comunità terapeutica.

Il nome scelto sembra essere una felice sintesi esplicativa e di risposta a tali interrogativi: «(...) Eravamo tutti consapevoli che il "nome" avrebbe dovuto rappresentare nella sua brevità la totalità delle aspettative, delle culture e di tutte le esperienze di tutti i membri del gruppo: insomma l'identità della comunità.» (D'Elia, De Crescente, 2000, p.5). In effetti, il termine "Passaggi" ben sintetizza l'identità della comunità, sia sul versante più squisitamente clinico, sia su quello teorico–metodologico riguardante l'approccio al disagio mentale. Infatti, partendo dal presupposto che la malattia mentale consista in larga parte nell'impossibilità o nella difficoltà di gestire gli attraversamenti tra le appartenenze multiple dell'individuo (tra la famiglia e il mondo sociale, tra le funzioni-identità, tra i diversi contesti, e tra le fasi vitali), con il frequente risultato finale di un arroccamento in una mono-appartenenza (D'Elia, Pontalti, De Crescente, 2004), l'obiettivo ultimo che l'équipe della Comunità Passaggi si è preposta sin dall'inizio è stato quello di favorire una riattivazione psichica dei pazienti, promuovendo una maggiore dinamicità e un transito anche in nuovi gruppi di appartenenza, con una particolare attenzione a quei passaggi, a quegli attraversamenti esistenziali che nelle esistenze dei pazienti psichiatrici avvengono spesso in maniera drammatica o si arrestano totalmente. Inoltre, il nome fa riferimento al passaggio che i fondatori si sono proposti di compiere da una visione più assistenzialistica della cura psichiatrica ad una realmente trasformativa e attivante.

L'intervento offerto di tipo residenziale, temporale e intensivo con finalità preventive (di carattere secondario e terziario) per un'utenza che sia in grado di usufruire realmente di un'offerta terapeutico-riabilitativa attivante e trasformativa (D'Elia, De Crescente, 2000).

### **1. La cura del clima istituzionale: una revisione del concetto di efficacia terapeutica**

Nel loro articolo del 2000, D'Elia e De Crescente mettono in evidenza come la globalità degli interventi messi in atto nella Comunità Terapeutica *Passaggi* si fondi sull'idea che la terapeuticità di una comunità risieda, prima ancora che nella specifica organizzazione e nel modello teorico di riferimento, innanzitutto nella sua storia e nella aspecificità di alcuni elementi costitutivi tra cui:

- la cultura istituzionale (i miti fondanti la comunità, le storie, le diverse declinazioni organizzative);
- la formazione dell'équipe intesa non solo come bagaglio di conoscenze teoriche e tecniche ma soprattutto come acquisizione della capacità di essere coesa e di costituire un campo mentale che possa contenere le storie dei singoli pazienti e nello stesso tempo che possa produrre un pensiero su se stesso e operare secondo i codici della complessità rappresentata dalla multi-appartenenza del singolo (familiare, lavorativa, sociale), sia esso operatore o paziente;
- il particolare clima terapeutico che si respira quotidianamente nella struttura, costituito in primis dalle interazioni che avvengono nei momenti non strutturati e dalle relazioni tra i pazienti, tra pazienti e operatori, tra operatori.

In particolare, un clima terapeutico positivo favorirebbe la riattivazione psichica nei pazienti, ma anche nelle famiglie e negli operatori. Gli spazi elettivi per rilevare la qualità del clima terapeutico caratterizzante una data comunità sarebbero quegli spazi interstiziali (Roussillon, 1991) costituiti dai momenti di vita non strutturati, dagli scambi spontanei che avvengono tra i diversi gruppi che entrano in contatto in un'istituzione come la comunità terapeutica.

Da questo deriva l'idea per cui, secondo D'Elia, De Crescente (2000), la cultura del gruppo fondatore informerebbe la cultura della comunità, andando ad influire sul particolare clima che si respira in comunità nella quotidianità. Pertanto, secondo gli autori, diventerebbe fondamentale attribuire una costante attenzione al gruppo costituito dell'équipe terapeutica,

intesa dunque come campo mentale che influisce costantemente sul clima terapeutico che si respira nella comunità.

### **1.1 L'équipe terapeutica come motore di cambiamento**

Secondo D'Elia, Pontalti, De Crescente (2004) gli elementi organizzatori della mente gruppale dell'équipe agirebbero sui processi terapeutici attivati per ciascun ospite mediante delle *fantasie anticipatorie* (p.10), fatte dal gruppo degli operatori, sulla modalità di stare in comunità di ogni singolo paziente e sul modo in cui ogni operatore sta lavorando con ogni singolo paziente. *«Le fantasie anticipatorie degli operatori intenzionato la quotidianità, segnano i traccianti e le linee guida, intorno a cui si organizza la mente del gruppo complessiva, ma intorno a cui si organizzano anche le attività pratiche e le iniziative (...) (p.10)».*

In questo senso dunque l'équipe terapeutica acquisisce un ruolo di primo piano nel quadro degli interventi terapeutici (le psicoterapie, la riabilitazione, gli incontri familiari, il gruppo, le cure psichiatriche) messi a disposizione degli ospiti dalla comunità.

Alla luce di queste riflessioni, il setting terapeutico viene enfatizzato sia come struttura (riguarda *«l'assetto stabile e il contesto definitorio (assetto mentale del sistema curante e della situazione di regole, contratti e procedure) e permette che emergano come fenomeni mentali tutti gli aspetti spazio-temporali, la scansione organizzativa, la cura dei particolari, la partecipazione alle attività»* (D'Elia, Pontalti, De Crescente, 2004, p.11)) sia come processo (*si riferisce invece al «continuo processo di costruzione di un campo mentale-relazionale tra sistema curante e gruppo degli ospiti»* (D'Elia, Pontalti, De Crescente, 2004, p.11)).

Sulla base di tali presupposti teorici e poiché la cultura e la funzionalità dell'équipe vengono ritenuti a tutti gli effetti dei fattori di cruciale efficacia terapeutica, la formazione dell'équipe è stata ed è compiuta in maniera molto accurata, con l'obiettivo di creare un gruppo capace di discutere e pensare sui temi della cura, della riabilitazione, dell'ospitalità, della comprensione del disagio psichico.

Attualmente l'équipe terapeutica è costituita da dieci operatori (psicologi, educatori, assistenti sociali), un'infermiera, un referente psichiatrico, uno psicoterapeuta responsabile

del programma della comunità, uno psicoterapeuta, un responsabile del training della formazione e della ricerca, il direttore e responsabile legale della comunità.

Settimanalmente l'équipe svolge una riunione clinica e di programmazione-valutazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali e mensilmente è in supervisione esterna. *«La riunione di équipe diventa il momento di sintesi dove converge tutto il dispositivo osservativo della CT e dove, attraverso un paziente lavoro di tessitura, si costruisce la trama rappresentazionale con la quale l'équipe stessa interagisce dinamicamente con ogni ospite»* (Alba, D'Elia, 2008)

## **2. Gli interventi terapeutici e le attività riabilitative**

Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, la comunità rappresenta di per sé un contesto terapeutico generale all'interno del quale si declinano, di volta in volta, i singoli interventi terapeutici. Questi ultimi consistono nelle psicoterapie individuali, nel gruppo terapeutico, negli incontri familiari, nelle cure psichiatriche e nelle attività riabilitative. Dato il particolare contesto all'interno del quale viene attuato, ognuno di questi interventi necessita di un setting sui generis, diverso da quello tradizionale e si va ad integrare con gli altri spazi terapeutici e riabilitativi. Il confronto in équipe rispetto a quanto ciascun operatore può osservare di ogni paziente è costante.

### **2.1 Le psicoterapie**

Ciascun paziente ha la possibilità di svolgere un incontro di psicoterapia individuale ad orientamento gruppoanalitico a cadenza settimanale. Il setting duale offre l'opportunità al paziente di monitorarsi rispetto alle relazioni che vive con gli altri pazienti e con gli operatori della comunità, di riflettere sui propri comportamenti in relazione anche a vicissitudini passate, di poter esprimere in una dimensione più intima vissuti, emozioni, angosce, suscitate dalla vita in comunità, dalla relazione con il gruppo familiare e, laddove sia possibile, di prendersi cura di una dimensione più interiore nell'ambito di una relazione terapeutica con il terapeuta.

Lo spazio psicoterapeutico individuale rappresenta un importante e protetto momento di deposito e decantazione anche di quanto sta caratterizzando la vita comunitaria di ogni ospite, ma con la possibilità di rileggere con spirito critico e sguardo attento nel qui e ora

della vita comunitaria (e dell'incontro individuale), il reiterarsi, talora patologico, di consolidate dinamiche personali e familiari nel tentativo di cogliere in queste ripetizioni quelle discontinuità che favoriscono l'emancipazione dell'ospite (www.comunitapassaggi.it).

## **2.2 Il gruppo terapeutico**

Il gruppo terapeutico si tiene una volta alla settimana, dura circa un'ora e un quarto ed è condotto da due terapeuti. Ad esso partecipano tutti gli ospiti della comunità ed una osservatrice. Questo spazio si differenzia dagli altri spazi gruppali per alcune regole di set/setting: - l'enfasi posta sulla partecipazione e sulla condivisione; - la non decisionalità; - la libertà e la facoltà di espressione; - la circolarità della comunicazione (Alba, D'Elia, 2008).

Un gruppo terapeutico tenuto all'interno di una comunità presenta un carattere peculiare per diverse ragioni. Innanzitutto esso è di tipo residenziale e pertanto, oltre a rappresentare uno spazio corale nel quale poter portare tematiche strettamente personali, esso rappresenta un ulteriore momento di verifica e confronto della vita e delle attività comunitarie (Alba, D'Elia, 2008). In secondo luogo, esso è di tipo aperto a causa delle costanti dimissioni e dei costanti ingressi che hanno luogo nella comunità. Per tale ragione, la conduzione di un gruppo di questo tipo richiede un ulteriore sforzo che si esplica nell'atto di rifondare costantemente un gruppo che va cambiando costantemente i suoi connotati. Inoltre, in ragione delle psicopatologie severe che affliggono i partecipanti, lo stile di conduzione diventa spesso necessariamente direttivo ma, secondo i principi del modello gruppoanalitico, rimane contemporaneamente in ascolto sia dei contenuti riportati da ciascuno, sia delle interconnessioni tra le storie dei vari partecipanti sia delle dinamiche che prendono corpo nell' *hic et nunc* (Alba, D'Elia, 2008).

Infine, in un contesto come quello della comunità terapeutica, il gruppo rappresenta un ulteriore strumento di realizzazione di transiti evolutivi che aprono percorsi nuovi, di vita e di cura, e non tanto una psicoterapia a sé stante.

### **2.3 Le cure psichiatriche**

L'intervento psichiatrico costituisce un altro momento terapeutico fondamentale che viene svolto in concertazione con gli altri interventi e che fa riferimento ad un modello psicodinamico che tende a leggere i diversi quadri psicopatologici come formazioni di compromesso, polivalenti e sovra determinate ed il sintomo come espressione significativa ma non esclusiva di un "tutto", di uno sfondo, di un "mondo", quello del paziente, che lo rende significativo e con il quale è necessario provare a confrontarsi.

### **2.4 Gli incontri familiari**

Secondo D'Elia, De Crescente (2000) il lavoro svolto con le famiglie nella comunità *Passaggi* si fonda su alcuni concetti fondamentali. Il primo riguarda l'importanza di creare un'alleanza con le famiglie le quali, per quanto spesso disturbanti e patologiche, rimangono comunque la principale risorsa del paziente e di chi se ne prende cura. Il secondo riguarda l'importanza di analizzare le aspettative che la famiglia ripone nel percorso terapeutico che il paziente si accinge a svolgere. Il terzo consiste nel considerare *«il paziente e la famiglia di cui fa parte come il punto di arrivo di una lunghissima storia di cui nessun membro della famiglia, e il paziente meno che mai, è veramente e consapevolmente portatore, ma soltanto "esecutore". Il paziente è dunque l'ultimo capitolo di una trama transgenerazionale che appare sconosciuta.»* (p.17).

Sulla base di tali presupposti teorici, il contributo della famiglia del paziente che decide di intraprendere un percorso terapeutico in comunità non si può ridurre ad un mero consenso al trattamento del parente sofferente, ma consiste necessariamente in una partecipazione attiva ed in una condivisione del programma terapeutico nella sua interezza. Per questo i familiari appartenenti al nucleo di origine o, se non fossero disponibili, le persone che ne fanno le veci, sono invitati a partecipare a degli incontri mensili condotti dallo psicoterapeuta responsabile dei progetti individuali e dall'operatore di riferimento del paziente.

Nel corso degli incontri, la famiglia può rielaborare la genesi e lo sviluppo del disturbo e ricercare un significato condiviso che renda più comprensibili i drammatici accadimenti del passato, spesso inaccessibili al pensiero perché carichi di ansia. Così facendo, i familiari possono raggiungere un atteggiamento più consapevole e responsabile nei

confronti della dimensione esistenziale della sofferenza dell'ospite ma anche dei cambiamenti e dei miglioramenti intervenuti nel percorso comunitario, così da fornire risposte sempre più adeguate e coerenti a tali cambiamenti.

Gli incontri sono inoltre orientati a consentire una migliore gestione dell'emotività espressa da tutti i membri del gruppo familiare, emotività che è spesso causa di forti tensioni e conflitti.

## **2.5 La riabilitazione**

Le attività riabilitative messe a disposizione dalla comunità sono numerose e sono sia interne alla comunità stessa che esterne.

Le prime consistono in laboratori espressivi attivati anche in base alle preferenze e alle inclinazioni dei pazienti: laboratorio di teatro, video, di calcetto, di lettura, di canto, di ceramica, etc. La partecipazione ai laboratori è caldamente consigliata perché essi rappresentano una prima palestra – protetta e accogliente - nella quale mettere alla prova le proprie capacità e confrontarsi con i propri limiti per acquisire o potenziare le risorse da spendere in una fase successiva all'esterno.

Le attività esterne riguardano invece i tirocini lavorativi o i corsi di formazione che i pazienti possono svolgere sul territorio per ricucire quelle reti sociali che erano state recise nella fase più acuta della psicopatologia ed eventualmente per prepararsi a rientrare nel mondo del lavoro.

Le modalità ed i tempi di inizio delle diverse attività variano da paziente a paziente in base al loro stato e al progetto terapeutico costruito.

## **3. Il percorso dell'ospite in comunità**

Ogni paziente è seguito secondo un progetto terapeutico personalizzato, ma è comunque possibile rintracciare tre momenti cruciali ed invariati caratterizzanti il percorso in comunità: 1) l'ingresso e l'accoglienza; 2) la fase centrale; 3) l'uscita e il dopo.

### **3.1 Fase di ingresso e accoglienza**

La modalità di ingresso in comunità è molto graduale al fine di consentire un corretto processo di separazione, spesso accompagnato da forti angosce, dal contesto familiare. La fase di ingresso si suddivide nelle seguenti tre tappe specifiche:

- 1) Prima visita psichiatrica e primo incontro familiare da tenersi possibilmente nello stesso giorno. Queste consentono di valutare le condizioni psicopatologiche del paziente e di stabilire in via preliminare se sussistano i presupposti per un possibile inserimento nella comunità. Quadri di acuzie o di cronicità sono, per esempio, incompatibili con le caratteristiche del percorso previsto dal programma della comunità. Nello stesso tempo, un primo incontro familiare consente di poter avviare un'analisi delle aspettative della famiglia sul percorso terapeutico che eventualmente il paziente si accinge ad intraprendere. Nel corso di questo primo incontro, il paziente e la famiglia, a loro volta, hanno la possibilità di conoscere la comunità e stabilire se essa sia adeguata alle loro esigenze;
- 2) Incontri domiciliari presso la residenza abituale del paziente effettuati dall'operatore di riferimento. Questi incontri sono finalizzati alla costruzione di un rapporto di fiducia (presupposto per una buona alleanza terapeutica) necessario per affrontare la graduale separazione dal contesto di vita abituale e dal nucleo familiare. Essi, inoltre, consentono all'operatore di entrare in contatto con il contesto di vita reale del paziente, dove molti sintomi acquisiscono un significato.
- 3) Visite presso la comunità che si svolgono preferibilmente in presenza dell'operatore di riferimento. Esse introducono gradualmente il paziente nella vita di comunità e consentono a lui di ricontattare un mondo sociale da cui la malattia lo aveva isolato e al gruppo di abituarsi altrettanto gradualmente al nuovo che arriva dall'esterno e che può generare angosce di intrusione. Queste visite con il passare del tempo si fanno più frequenti, hanno una durata maggiore e prevedono la partecipazione del paziente alla vita della comunità e alle diverse attività previste.

### **3.2 Fase centrale: la quotidianità**

Sulla base delle osservazioni svolte nella fase di accoglienza, viene ora sviluppato un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato alla cui costruzione il paziente partecipa

attivamente e che sarà modulato e mediato in relazione alle risposte del paziente e alle risorse esterne che sarà possibile attivare.

L'ospite comincia così gradualmente ad assumersi i primi compiti, le prime piccole responsabilità, comincia le prime attività formative e lavorative, partecipa con maggiore continuità agli spazi terapeutici ed espressivi. Impara, inoltre, a leggere i fatti quotidiani, le relazioni e i conseguenti movimenti affettivi ed emotivi, sperimentandosi continuamente nei rapporti interni ed esterni alla comunità, ed imparando anche a rileggere le relazioni familiari alla luce di una nuova ottica ([www.pcomunitapassaggi.it](http://www.pcomunitapassaggi.it)).

La cura della quotidianità si configura come elemento specifico della terapia di comunità: in ogni giornata infatti vi è la possibilità di praticare diverse attività e sperimentarsi in un "fare insieme" progettuale. La quotidianità prevede la partecipazione dei membri della comunità alla creazione di uno spazio di vita e di cura, con gli operatori impegnati a sostenere gli ospiti nella fatica di essere membri attivi di un gruppo (D'Elia, De Crescente, 2000).

Il lavoro nel quotidiano riguarda sia la dimensione del fare che quella dell'essere in relazione: nelle diverse attività praticate insieme (autogestione, attività organizzativo-assembleari e ludico-ricreative), la presenza dell'operatore permette di affrontarne le difficoltà e di trovare senso all'infinita serie di fatti, comunicazioni e interazioni che avvengono nella vita in comune. Gli operatori hanno cura del regolare svolgimento delle attività in una regolarità di ritmi e di orari: l'orario della sveglia, dei pasti, delle diverse attività e dei momenti di riposo sono scanditi in un'alternanza che rispetta i bisogni degli ospiti favorendone un coinvolgimento sempre più attivo (D'Elia, De Crescente, 2000).

### **3.3. Fase di uscita: le dimissioni**

Le dimissioni costituiscono parte integrante del progetto terapeutico e rappresentano un momento di verifica cruciale del percorso svolto.

Come l'ingresso, avvengono in maniera graduale affinché si possano consolidare i risultati ottenuti e gestire le angosce legate ad un momento così delicato. Esse vengono svolte cercando di costruire un progetto che tenga conto del reale stato clinico del paziente e mediante il maggior coinvolgimento possibile della famiglia e dei rappresentanti dei servizi.

Ad oggi la comunità è in grado di offrire agli ospiti che ne abbiano bisogno un ulteriore passaggio nella direzione dell'autonomia, rappresentato dalla Unità di Reinserimento, attivata nel 2009. E' in questa sede che il paziente può iniziare a sperimentarsi in una maggiore autonomia, potendo nello stesso tempo disporre di alcuni spazi protetti e strutturati nei quali monitorare il suo graduale avvicinamento al mondo esterno.

Una volta terminato completamente il percorso, il paziente e la sua famiglia sono invitati a svolgere dei colloqui periodici per esaminare le questioni inerenti il processo di restituzione sociale ([www.comunitapassaggi.it](http://www.comunitapassaggi.it))

## Capitolo II

### L'ASSEMBLEA COME MOMENTO CENTRALE DELLA VITA DI COMUNITA': CONSIDERAZIONI SCATURITE DALL'ESPERIENZA DI TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE

L'attività di tirocinio professionalizzante svolta nel primo biennio di specializzazione nella Comunità Terapeutica *Passaggi*, ha previsto la mia partecipazione alle attività in programma nella fascia oraria delle 9-15 del martedì. Ho potuto quindi osservare e partecipare alla riunione organizzativa che si tiene ogni mattina alle 9, nel corso della quale vengono assegnati i diversi compiti di autogestione e viene data la possibilità agli ospiti di proporre delle richieste in merito ad attività più personali, quali l'uscita pomeridiana o l'utilizzo del computer. Ho potuto osservare e collaborare alle attività di autogestione degli ospiti e trascorrere con loro i momenti meno strutturati che intercorrono tra un'attività e l'altra. Ho potuto anche partecipare con grande entusiasmo al laboratorio teatrale che si tiene ogni due settimane ed osservare l'assemblea, momento centrale della vita di comunità.

In questo capitolo, vorrei concentrare le mie considerazioni sull'assemblea in quanto spazio che consente di discutere in maniera democratica sulla vita di comunità attraverso un confronto sulle proposte, le regole e gli orari della comunità, con la possibilità di un continuo scambio con gli altri.

Prima di addentrarmi nel discorso, vorrei sottolineare quanto utile sia stato per me non solo poter osservare l'andamento dell'assemblea, ma anche potermi confrontare con il conduttore e con le operatrici subito dopo la conclusione di ogni incontro.

#### **1. Legalità, limiti e conflitti: l'assemblea come spazio di negoziazione**

L'assemblea è un'attività strutturata della durata di un'ora e quindici minuti circa e si tiene a cadenza settimanale. E' condotta dallo psicoterapeuta responsabile del programma di comunità e prevede la partecipazione di tutti gli ospiti e delle due operatrici in turno.

In quanto spazio strutturato, essa è scandita da regole precise:

- ogni partecipante è tenuto a presentarsi in maniera puntuale all'orario di apertura e a parteciparvi fino alla sua chiusura;
- ogni partecipante, inclusi il conduttore, le operatrici ed eventualmente il tirocinante, deve prenotarsi per prendere la parola;
- non è possibile fumare né ascoltare la musica con le cuffiette durante l'assemblea;
- la mancata partecipazione all'assemblea comporta la perdita della facoltà decisionale in merito alle questioni portate dagli altri partecipanti, la perdita del diritto di fare proposte e richieste personali e la negazione della possibilità di partecipare alle attività ludiche programmate, come la gita che si svolge nel week end;

Queste regole mettono in evidenza l'importanza, per ognuno, di assumersi la responsabilità rispetto ai comportamenti tenuti nella vita comunitaria e alle modalità di partecipazione alle diverse attività che la comunità propone. Riuscire a stare in uno spazio di discussione e confronto, rispettando il punto di vista dell'altro e imparando ad esprimere il proprio, garantisce l'acquisizione di quelle risorse indispensabili per il futuro e auspicabile reinserimento nel mondo sociale. In questo senso, l'assemblea rappresenta quello spazio intermedio tra il mondo sociale ed il mondo familiare in cui i partecipanti possono imparare a gestire il confronto in una dimensione orizzontale, tra pari.

Risulta evidente dunque che l'assemblea si configura come lo spazio all'interno del quale poter intessere un lavoro sulle regole e sulla legalità. Nel corso di ogni assemblea, infatti, è possibile, tanto per gli ospiti quanto per gli operatori, formulare e proporre ipotesi di regole nuove che fluidifichino talune attività ovvero ribadire l'esistenza di alcune regole che non vengono rispettate o ancora giocare il conflitto su una discordanza di idee rispetto ad alcune regole vigenti. Questo lavoro di continua negoziazione, che spesso passa attraverso una conflittualità resa tollerabile dalla presenza del conduttore quale garante del setting, assume una valenza terapeutica su più livelli, di cui due mi sembrano particolarmente evidenti: il primo riguarda il carattere istituzionale della comunità ed il secondo, invece, il singolo ospite. Nel primo caso, il lavoro svolto sulla legalità e sui limiti garantisce il rispetto di alcune regole che organizzano la vita della comunità nella sua globalità e che vanno a costituire una sorta di codice comune che tutti sono chiamati a rispettare. Questo consente all'istituzione comunità di mantenere un'identità nella quale tutti possano riconoscersi. Nel secondo caso, la costante attenzione posta al rispetto delle leggi (che in quanto tali sono uguali per tutti) diventa un'esperienza riparatrice per quei pazienti che,

nella loro storia personale, sono stati vittime di abusi e di discriminazioni o i cui genitori non hanno garantito che la legge in famiglia fosse uguale per tutti. Nel susseguirsi delle diverse assemblee ho potuto constatare come questi pazienti richiedano continuamente il rispetto di regole che siano eque e richiamino costantemente gli operatori all'assunzione di una responsabilità rispetto agli atti terapeutici e al loro compito di garanti del rispetto delle regole.

Riporto due stralci estratti da due relazioni sulle assemblee in cui appare evidente la richiesta fatta da un ospite agli operatori di garantire una giustizia nell'applicazione delle leggi:

❖ Assemblea del 14 Ottobre 2008:

*« (...) Il tema della convivenza apre lo spazio a numerose questioni: (...) soprattutto la modalità di partecipazione dei ragazzi alle attività proposte dalla comunità. Norma (un'operatrice) dice che anche oggi, durante il laboratorio teatrale, alcuni dei ragazzi sono usciti ripetutamente dalla sala per andare in bagno o per fumare una sigaretta. (...). Lo stesso Danilo, facendo forse una richiesta implicita di contenimento, ribadisce l'importanza delle regole e dice che chi non le rispetta deve perdere il diritto decisionale e la possibilità di avanzare delle richieste. Fa l'esempio di Valerio che abbandona l'assemblea di punto in bianco (dirà dopo Piero, "fa come Berlusconi con l'Annunziata: si alza e se ne va"). Alberto precisa che Valerio sta male e per questo ha bisogno di uscire. Stefano (il conduttore) dice che non è vietato in assoluto non partecipare ad una determinata attività o non interromperla, ma che è importante che chi lo fa dia una spiegazione chiara e valida di quanto sta facendo (...)»*

❖ Assemblea del 21 Ottobre 2008:

*«(...) Il punto successivo è quello dei presunti favoritismi che alcuni operatori metterebbero in atto verso alcuni pazienti. Alberto precisa che questo è un argomento molto infantile e che quelli che agli occhi degli ospiti possono apparire dei favoritismi, in realtà sono dei comportamenti stabiliti dagli operatori con cognizione di causa e in relazione ad ogni singolo caso clinico. Alberto riporta l'esempio delle concessioni che vengono concesse a Valerio, giustificandole con il fatto che, a suo dire, Valerio "sta male", ma Cesare lo riporta subito su un piano di realtà dicendogli che anche a lui gli operatori fanno concessioni particolari tipo quella di fumare in camera anche di notte o*

*con la finestra chiusa. Questo intervento apre il capitolo del fumo nella comunità su cui si dibatte molto.»*

Nel corso dell'assemblea si discutono i punti messi all'ordine del giorno dagli ospiti e/o dagli operatori (l'assemblea, infatti, rappresenta a tutti gli effetti anche per gli operatori uno spazio di discussione) durante la settimana che intercorre tra un incontro assembleare e l'altro.

Generalmente i punti più discussi nel corso dell'assemblea sono: 1) le questioni legate alla convivenza tra gli ospiti e la gestione della casa; 2) l'andamento delle attività riabilitative, come per esempio i laboratori (durante l'assemblea si assiste a una continua rinegoziazione del modo di stare nei laboratori, viene ribadita l'importanza di farli e spesso sono proprio i pazienti a chiedere agli operatori di svolgere la funzione di *memorandum* rispetto alle ragioni per cui è importante partecipare alle attività proposte dalla comunità; 3) l'eventuale ingresso di nuovi ospiti; 4) la programmazione della gita da fare nel week end.

A rotazione un ospite redige il verbale nel quale vengono riportati i punti salienti discussi e le eventuali decisioni prese. In questo modo il verbale funge da pro memoria di quanto si è detto sia per gli ospiti sia per gli operatori che non sono stati presenti all'assemblea.

Inoltre, i temi principali discussi nel corso dell'assemblea, insieme alle dinamiche relazionali emerse in maniera più evidente, vengono riportate dal conduttore nella riunione clinica che si svolge ogni mercoledì. Nello stesso tempo, alcune questioni proposte dagli ospiti nell'assemblea che richiedono la presa di decisioni più strutturali vengono rimandate alla riunione clinica. Quindi la riunione clinica rappresenta da un lato uno spazio in cui vengono riportati i temi dell'assemblea e dall'altro lo spazio di presa di decisioni concertate dall'équipe e che poi vengono riferite agli ospiti nell'assemblea successiva.

Durante l'assemblea i partecipanti votano le eventuali proposte avanzate e si approva la proposta votata dalla maggioranza.

### **1.1 Il ruolo del conduttore**

In uno spazio come quello dell'assemblea, che spesso rischia di diventare caotico, la conduzione è necessariamente attiva e direttiva. Nel corso delle discussioni il conduttore fa circolare i pareri il più possibile e invita costantemente i partecipanti ad esprimere la propria opinione in merito a quanto si sta dicendo, con un'attenzione particolare alle

dinamiche messe in campo di volta in volta. A questo riguardo, quando un paziente porta un modo disfunzionale di stare con gli altri, il conduttore invita il diretto interessato a interrogarsi sulla reazione che il suo comportamento può provocare negli altri e, contemporaneamente, chiede agli altri di spiegare all'interessato il tipo di reazione suscitata. Ogni partecipante funge da specchio per i compagni e l'assemblea stessa costituisce un ulteriore osservatorio per rilevare la particolare fase che la comunità sta attraversando in un determinato momento.

## **1.2 L'assemblea come osservatorio del clima della comunità**

L'assemblea rappresenta un osservatorio all'interno del quale emergono le modalità individuali e gruppali di vivere la vita comunitaria.

Se prendessimo in esame i singoli incontri assembleari, rileveremmo immediatamente il clima che caratterizza la comunità in quel determinato momento. Non solo, ma anche lo stato di benessere o di malessere che i singoli pazienti stanno attraversando.

Riporto, qui di seguito, stralci di resoconti di alcune assemblee redatti da me che, a mio avviso, chiariscono ciò che ho appena scritto:

### ❖ Assemblea del 16 Settembre 2008

*(...) Sul punto della convivenza, viene fuori la questione della gestione del telecomando e della televisione da parte degli ospiti ed, in particolare, i continui battibecchi tra Cesare e Francesco sullo zapping e sul rispetto della visione della trasmissione prevista in programmazione.*

*La discussione sulla questione "televisione" e più in generale sulla convivenza, diventa animata e insieme disorganizzata e sembra affaticare tutti quanti. E' come se i ragazzi volessero, in qualche modo, farci sperimentare per così dire in presa diretta ciò che succede in comunità nel corso della quotidiana convivenza. Portare avanti l'assemblea in maniera coerente diventa sempre più difficile: qualcuno si alza per andare a fumare una sigaretta, qualcun altro chiede di andare in bagno, insomma i ragazzi ci fanno vivere in qualche modo il caos di cui si sta parlando.(...)*

### ❖ Assemblea del 7 ottobre 2008

(...) Risulterà interessante la disposizione fisica dei partecipanti: essa infatti sarà esemplificativa di alcune dinamiche che prenderanno corpo nel corso dell'assemblea. In particolare, è interessante tenere a mente che Alberto e Francesco, che saranno protagonisti di un confronto molto vivace, siedono l'uno di fronte all'altro. Tracciando una linea retta immaginaria che unisca Alberto e Francesco, avremmo da un lato di questa linea immaginaria Catia (un'operatrice) e Stefano (il conduttore) e dall'altro Valerio e Cesare.(...)

(...) Ha inizio l'assemblea. Alberto vuole stabilire da subito la meta della gita domenicale, ma Stefano organizza i punti secondo un ordine diverso, relegando alla fine l'organizzazione della gita.

Cesare fa fatica a rimanere sveglio. Catia cerca di svegliarlo due volte, ricordandogli che in assemblea non si dorme e che se vuole rimanere deve essere sveglio, altrimenti può abbandonare l'assemblea, rinunciando al diritto decisionale su quanto si dirà.

Il primo punto da discutere è quello della convivenza. Stefano chiede se qualcuno abbia qualcosa da dire e Francesco, aiutato nell'esposizione da Catia, Danilo e Dino, dice che Alberto scherza in modo pesante, facendo domande sui parenti: quale età abbiano, quale lavoro svolgano. Alberto si difende animatamente dicendo che non c'è niente di male a chiedere informazioni sui parenti degli altri e che, se si trovasse in un altro posto, nessuno avrebbe da ridire sulle sue domande. (...) Alberto rimane sulla difensiva e non sembra disposto ad ascoltare quanto stanno dicendo gli altri. Continua a dire che non c'è niente di male a chiedere agli altri notizie sui parenti. I toni della discussione sono animati. Danilo precisa che il problema non è tanto che Alberto chieda informazioni sui parenti, quanto la sua reazione – una fragorosa risata - alla risposta data da chi viene interrogato. Francesco e Alberto cercano di dire ognuno la sua ma non rispettano i tempi della comunicazione, si sovrappongono continuamente, tanto che Stefano è costretto a richiamarli continuamente all'ordine, ribadendo l'importanza del rispetto dei turni di parola che lui stesso assegna in base ad alzata di mano. Anche Danilo cerca di regolare gli interventi di Francesco dandogli delle gomitate quando lui parla senza essere interpellato. Mentre la confusione cresce ed i toni salgono, Cesare russa sul divano. Stefano interrompe la discussione dicendo che sentire Cesare che russa lo mette in difficoltà. Sveglia Cesare e gli chiede come mai dorma durante l'assemblea. Cesare inizialmente nega di dormire e poi dice di fare fatica a rimanere sveglio, di avere sonno e di annoiarsi molto. Biscica, è chiaramente addormentato. Stefano e Catia gli chiedono

*una spiegazione rispetto a tutto questo sonno il motivo, dicendo che il fatto che lui dorma durante l'assemblea non è casuale, ma che va letto come una sua modalità di stare nell'assemblea. Come mai Cesare dorme? Sta male? Non ha dormito stanotte? Cesare risponde che ha tanto sonno e che si annoia. Nel frattempo, Alberto e Francesco continuano nella loro discussione, si provocano e ognuno parla sull'altro, non rispettano i turni e non consentono di andare avanti così, alla fine, prima uno e poi l'altro vengono invitati a lasciare l'assemblea.(...)*

*Il tema affrontato in questo clima caotico e dai toni concitati è quello della prepotenza. Su questo tema vengono chiamati un po' tutti a rispondere. Una volta usciti Alberto e Francesco, si riesce a discutere più serenamente e Dino dice che il richiamo al non essere prepotenti fatto da Catia deve essere costruttivo ed utile per far capire loro che ognuno ha le proprie fragilità e che può essere ferito dagli atteggiamenti, non sempre volutamente prepotenti e non di rimprovero fine a se stesso. Flavia ora scrive il verbale al posto di Alberto e, leggendo il verbale redatto da Alberto, scoppia a ridere perché lui ha riportato sul quaderno gli interventi di tutti secondo la sua interpretazione personale.*

*Si passa al punto successivo. (...) Alberto e Francesco sono invitati a rientrare. Si scambiano di posto: ognuno siede al posto che è stato dell'altro. Ho l'impressione che i due siano "interscambiabili" e che in questo momento stiano giocando lo stesso ruolo nell'ambito dell'assemblea che prescinde l'individualità di ognuno. Poi Danilo parla della sua proposta di realizzare un cortometraggio. Cesare è più sveglio a partire da questo momento in poi.(...)*

*L'assemblea oggi è stata faticosa ed i ragazzi, ancora una volta, hanno portato in assemblea ciò che stanno vivendo in questi giorni. In particolare, riflettendo insieme con Stefano e Catia, ci è sembrato che Alberto e Francesco, seduti di fronte, con i loro dialoghi concitati, abbiano creato una sorta di linea di sbarramento che ha impedito al conduttore e all'operatrice di contattare la parte depressiva del gruppo, portata in assemblea dall'assonnato Cesare. (morte recente sorella di Francesco – malattia del nipotino di Alberto)*

## **2. Le differenze con il gruppo terapeutico**

Come avviene nel gruppo terapeutico (Alba, D'Elia, 2008), anche nell'assemblea gli ospiti più anziani fungono da "memoria storica", trasmettendo ai nuovi arrivati la storia istituzionale della comunità e le regole che garantiscono i diversi setting.

Tuttavia, tra i due dispositivi esistono alcune differenze salienti che cercherò di sintetizzare in questo paragrafo.

La prima annotazione riguarda la conduzione: l'assemblea prevede la presenza di un unico conduttore, mentre il gruppo terapeutico è co-condotto.

Inoltre, al gruppo terapeutico hanno accesso i pazienti ed una osservatrice, mentre l'assemblea rappresenta a tutti gli effetti uno spazio di discussione e confronto anche per gli operatori che svolgono il turno in quella fascia oraria.

Mentre il gruppo terapeutico si configura come uno spazio di non decisionalità e di ascolto, in cui poter esplorare anche il mondo interno in una dimensione più personale (Alba, D'Elia, 2008), l'assemblea sembra essere il luogo del confronto e del conflitto per antonomasia, in cui vige il principio della trasparenza. Il conflitto e le divergenze di opinioni sono qui giocate tra i pazienti e tra i pazienti e gli operatori. Inoltre, l'assemblea, che si colloca a metà strada tra il gruppo familiare ed il gruppo sociale, è a tutti gli effetti un gruppo di pari in cui i pazienti sono chiamati a rispondere con competenza della relazione con l'altro e dello stare in gruppo rispettandone regole e limiti.

## Considerazioni conclusive

*«Una Comunità Terapeutica consente, nell'ottica gruppoanalitica, l'intreccio di estensioni gruppali interne ed esterne, e questo richiede un addestramento alla complessità del campo osservativo che preveda l'inclusione di numerosissime variabili della vita mentale che non sono normalmente e immediatamente osservabili in altri contesti clinici (...)»*

“Fondare e rifondare il gruppo in Comunità Terapeutica”

S. Alba, L. D'Elia, 2008  
Rivista Plexus n°01  
www.rivistaplexus.it

Svolgere il tirocinio professionalizzante in una Comunità Terapeutica ha significato per me confrontarmi con una complessità alla quale mi sono avvicinata gradualmente e alla cui comprensione ha contribuito anche la stesura di questo lavoro. Infatti, riflettere sul lavoro svolto e dover scrivere su di esso un testo coerente e di sintesi mi ha aiutato a raggiungere una visione più completa del modo di operare adottato dai professionisti che lavorano nella comunità e dei principi sui quali si fonda il loro intervento.

All'interno di una comunità terapeutica, come affermano Alba, D'Elia (2008) il lavoro con il paziente non può prescindere da un'attivazione contemporanea delle altre risorse di cui il paziente dispone, la famiglia ed i servizi, che sono a tutti gli effetti ugualmente attori del processo terapeutico.

Posso dire che gli insegnamenti più preziosi che mi porto via da questa esperienza sono due: il rispetto verso l'essere umano che, anche quando gravemente sofferente, non deve mai perdere la dignità di persona e con il quale si condivide il faticoso lavoro di ricerca di un senso nella propria storia personale, spesso così drammatica; la sensibilizzazione a cogliere la complessità dei contesti con i quali si interagisce, cercando di non ridurre mai la lettura di un fenomeno alla sua mera manifestazione.

Per quanto riguarda, più in particolare, la mia partecipazione all'assemblea, sento di poter affermare che questa è mutata nel corso del tempo. Inizialmente, come avviene per ogni persona che si avvicina per la prima volta alla comunità, l'assemblea rappresentava una novità da osservare e da comprendere sia in termini di regole che la caratterizzavano sia

rispetto alle persone che vi partecipavano. Lentamente ho acquisito una maggiore familiarità con l'assemblea, così come per le altre attività, per gli spazi e per i volti della comunità e ho potuto parteciparvi con una consapevolezza sempre crescente che però non si è tradotta in un più alto numero di interventi verbali, data la tipologia dell'utenza. Ho sempre ritenuto infatti di calibrare con estrema attenzione gli interventi sia per la mia inesperienza con pazienti psichiatrici sia, forse, per un po' di timore di mettermi in gioco. L'esperienza del controtrasfert scaturita dai contatti con i pazienti è stata intensa e ha rappresentato un punto di partenza per riflessioni sia personali che cliniche.

L'osservazione della conduzione e le costanti discussioni con il conduttore e le operatrici dopo ogni assemblea mi hanno aiutato a leggere con maggiore chiarezza alcune situazioni e sono state anch'esse ricca fonte di apprendimento.

## BIBLIOGRAFIA

- Alba, S., D'Elia, L. (2008).** *Fondare e rifondare il gruppo in Comunità Terapeutica.* [www.rivistaplexus.it](http://www.rivistaplexus.it) N°01 – Novembre 2008.
- Alba, S., Velotti, P. (2006).** *Pratiche psicoterapeutiche e nuove complessità.* COIRAG, Sede di Roma, Atti della Giornata di Studio sul Training.
- D'Elia, L. De Crescente, M. (2000).** “Passaggi”: *fondazione di una comunità terapeutica*, disponibile su <http://www.comunitapassaggi.it/archivi.php>
- D'Elia, L., De Crescente M., Pontalti, C. (2004).** *Rete istituzionale e rete naturale. Clima terapeutico e cura dei confini nelle Comunità Terapeutiche.* Rivista Gruppi 3/04, Franco Angeli Editore, Milano.
- D'Elia, L. (2004).** *Lo stare a bottega (inquieto) dell'osservatore gruppoanalitico.* COIRAG, Sede di Roma, Giornata Studio sul Training, 20/11/2005.
- Foulkes, S. H. (1948).** *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica.* Edizioni Universitarie Romane, 1991.
- Giordano, C., Giannone, F. (2005).** Contesti relazionali e campi terapeutici: la valutazione delle reti di cura dentro e fuori una comunità terapeutica per pazienti gravi, In *Sviluppi della soggettività nelle reti sociali. Psicoterapie di gruppo e Carte di rete in psichiatria di comunità*, Fasolo, F., Ambrosiano, I., Cardiolo, A. (a cura di) (2005) Cleup Editore, Padova.
- Gustini, B., Colombo, L., Fontana, I., Marinelli, P., Neri, E., Verdolin, A.** *Osservazione in Gruppoanalisi.*
- Pontalti, C., (1997).** *Matrice familiare e radici dell'identità*, in Andolfi M., Angelo C. (a cura di), *Emozioni e sistemi*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Pontalti, C. (1998).** *I campi multipersonali e la costruzione del progetto terapeutico*, in Ceruti, M., Lo Verso, G. (a cura di), *Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Pontalti, C. (1999).** *Disturbi di personalità e campi mentali familiari*, Rivista di Psicoterapia Relazionale, n°9.
- Roussillon, R. (1991).** Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l'interstizio, in AA.VV. *L'istituzione e le istituzioni*, Roma, Borla.
- Schützenberger, A. A., (1993).** *La sindrome degli antenati. Psicoterapia transgenerazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico.* Di Renzo Editore, Roma, 2004.

## SITOGRAFIA

[WWW.COMUNITAPASSAGGI.IT](http://WWW.COMUNITAPASSAGGI.IT)

[WWW.RIVISTAPLEXUS.IT](http://WWW.RIVISTAPLEXUS.IT)