

**GIORNATA DI STUDIO organizzata da MITO&REALTA' in collaborazione con IL NODO GROUP**

**“QUOTIDIANITA' ED EMERGENZA. LA MANUTENZIONE DEL CONTENITORE ISTITUZIONALE”**

**MILANO 26 SETTEMBRE 2014**

**ABSTRACT RELAZIONE MATTINO**

**Manutenzione del gruppo curante: un metodo in stile Group Relations.**

*Luca Mingarelli*

**Introduzione**

Il Manuale Standard Community of Communities, che è il manuale utilizzato per accreditare le Comunità Terapeutiche in Inghilterra -manuale elaborato da tecnici esperti di CT-, e il VIVACOM, strumento costruito dall'Associazione Mito&Realtà per il Visiting italiano, segnalano alcuni items fondamentali legati al tema del sistema formativo necessario alle CT per minori e adulti:

- supervisioni sulle dinamiche e/o sui casi
- partecipazione a seminari residenziali quali LfA(Learning from Action ) o LLE(Learning Living Experience)
- supporto individuale al ruolo
- visiting-peer review(auto ed etero valutazione)
- teoria dell'attaccamento(specifica per i minori )

A questi items fondamentali possiamo affiancare altri strumenti formativi e di supporto/manutenzione innovativi che noi come CT Rosa dei Venti o altre CT socie di M&R abbiamo sperimentato quali : LP, SDM, incontri formativi non solo con esperti “psi” ma anche con magistrati, forze dell'ordine, artigiani, artisti ed altri esperti con diversi linguaggi e punti di vista.

Questa relazione vuole approfondire in particolare il *Learning from action/apprendere dall'azione* continuando il precedente contributo scritto da R. Hinshelwood, E. Pedriani e L.Brunner su tale esperienza formativa, già pubblicato nel 2010 nell' OPUS journal.

*Learning from action/apprendere dall'azione* è un metodo formativo innovativo, in stile Group Relations Conference (modello Tavistock) ed ha il proposito di esplorare l'attività e le azioni di vita quotidiana come forma di comunicazione nei servizi di salute mentale e nelle comunità.

L'idea di realizzare questo tipo di evento formativo residenziale è nata nel 2000 dall'incontro tra Hinshelwood e Pedriani, che per alcuni anni e fino al 2000 hanno condotto questi seminari residenziali .

Dopo la morte del collega ed amico Pedriani nel 2009 i seminari si sono temporaneamente interrotti e poi nel 2011 sono stati riproposti da il Nodo Group con cadenza annuale e con notevole partecipazione .

**Propositi, partecipanti, struttura e compito primario**

E' un modello di formazione residenziale che offre ai partecipanti un'opportunità di apprendimento diretto attraverso un breve periodo di convivenza di 3 giorni in stile comunitario. Esso è strutturato e progettato per sviluppare le competenze di base di chi opera in strutture residenziali o semiresidenziali e nei servizi di Salute Mentale nei differenti ruoli che operano insieme in tali servizi e strutture-quali educatori, infermieri, oss, asa, amministrativi, dirigenti, consulenti, psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, neuropsichiatri, assistenti sociali...

Per darvi un'idea nell'ultima edizione abbiamo avuto 32 partecipanti provenienti da differenti nazioni europee (anche due partecipanti da Israele) e differenti ruoli professionali.

In questo evento formativo, l'obiettivo è quello di “allenarsi” a comprendere il “linguaggio dell'azione”, (delle attività, di quel che succede mentre accade, cioè nel qui ed ora) e i fattori interpersonali, intergruppi, organizzativi ed istituzionali, sia manifesti che nascosti, che intervengono nei processi decisionali.

Si ha l'opportunità di condividere concretamente in prima persona diversi momenti di vita comunitaria : l'organizzazione della vita quotidiana, la condivisione dell'esperienza con altri, occasioni di riflessione personale e di elaborazione grupppale.

I temi di esplorazione della Working Conference sono **la capacità decisionale e l'assunzione di responsabilità**, problematiche fondamentali nelle Comunità sia da un punto di vista pratico che di pensiero. Durante lo svolgersi della W.C. si auto organizzano dei sottogruppi che si cimentano in compiti concreti, e non simulati, per soddisfare le esigenze essenziali della comunità temporanea di apprendimento quali **la preparazione dei pasti, la gestione e pulizie degli spazi comuni e l'organizzazione del tempo libero**.

Nello svolgersi dell'evento emergono aspetti relativi alla convivenza e alla condivisione: assumere/delegare responsabilità, lavorare per gli altri, prendere decisioni, misurarsi con l'autorità e la leadership e con i conflitti emergenti.

Ogni partecipante-residente in LfA si viene a trovare nella condizione di esplorare il proprio modo di lavorare nel e per conto del gruppo, il modo di lavorare del gruppo, con un'attenzione alle comunicazioni delle azioni, non-verbali da cui inferire dimensioni inconscie, e può mettere in gioco le sue capacità decisionali e di assunzione di responsabilità, attraverso i fatti della vita quotidiana e le relazioni con gli altri. Partecipanti e staff costituiscono insieme una COMUNITA' di APPRENDIMENTO temporanea. Altra finalità fondante ed innovativa di questo evento è di permettere l'esplorazione delle dimensioni e connessioni tra i piani del **Fare, Pensare e Imparare**, in modo che tale esperienza formativa possa poi essere utilizzata ed applicata nelle CT ed organizzazioni di appartenenza professionale.

Il percorso formativo della Working Conference cerca di far emergere, dall'esperienza direttamente vissuta, le componenti che intervengono nel prendere decisioni, attraverso la riflessione su quali **pratiche democratiche possibili** caratterizzano e influenzano la sanità ed efficacia dell'Istituzione. Non sono previste in questo modello lezioni teoriche.

Per realizzare questi obiettivi, la Working Conference che dura da venerdì alle ore 12 fino a domenica alle ore 15, e che utilizza la metodologia "**Learning from Action**", prevede una serie di eventi ed incontri come nel programma seguente:

#### **VENERDI'**

---

Ore 10,00 - 11,45:	Accoglimento e Registrazione dei partecipanti / Participants welcome and Registration
Ore 12,00 - 13,00:	Riunione Plenaria Iniziale / Opening plenary
Ore 13,00 - 14,00:	Pranzo leggero / Light Lunch
Ore 14,00 - 15,30:	Riunione Decisionale / Decision making event
Ore 15,30 - 17,00:	Gruppi decisionali / Decisional groups
Ore 17,00 - 19,00:	Attività 1 / 1 Activities
Ore 19,10 - 20,10:	Riunione riflessiva / Reflection meeting
Ore 20,15 - 21,30:	Cena / Dinner
Ore 21,30- 22,20:	Tempo libero comunitario / Community free time

#### **SABATO**

---

Ore 08,00 - 09,00:	Colazione / Breakfast
Ore 09,00 - 10,00:	Riunione di Comunità / Community meeting
Ore 10,00 - 10,30:	Gruppi Decisionali / Decisions Groups
Ore 10,30 - 12,30:	2 Attività / Activities 2
Ore 12,30 - 14,00:	Pranzo / Lunch
Ore 14,00 - 14,30:	Gruppi Decisionali / Decisions Groups
Ore 14,45 - 16,15:	Review Groups / Gruppi di Revisione (piccolo gruppo)
Ore 16,15 - 16,40:	Break
Ore 16,40 - 17,40:	Riunione riflessiva / Reflection meeting
Ore 17,40 - 19,30:	3 Attività / Activities 3
Ore 19,30 - 21,15:	Cena / Dinner
Ore 21,15:22,10	Tempo libero comunitario / Community free time

#### **DOMENICA**

---

Ore 07,00 - 08,00:	Colazione / Breakfast
Ore 08,00 - 08,50:	Riunione di Comunità / Community meeting
Ore 08,50 - 09,20:	Gruppi Decisionali / Decisions Groups
Ore 09,30 - 10,50:	1 Gruppo di Applicazione / Application Group 1(piccolo gruppo)

Ore 11,00 - 12,00:	Attività / Activities 4
Ore 12,00 - 13,00:	Pranzo / Light Lunch
Ore 13,00 - 13,30:	Lavaggio piatti & Pulizie conclusive comunitarie / Washing up & cleaning
Ore 13,30 - 14,10:	2 AG / GA 2
Ore 14,15 - 15,10:	Riunione Plenaria Conclusiva / Closing plenary
Ore 15,10 - 15,30	Commiato / Leave-taking

Il Compito Primario, che in linguaggio delle GRC e Tavistock è il “compito per cui l'organizzazione esiste e sopravvive”(Miller Rice 1968) di questa Working Conference è: l'esplorazione di come la comunicazione inconscia e non verbale influenzi i processi decisionali e l'assunzione di responsabilità, e tramite la metodologia “learning from action/apprendere dall'azione” si favorisca l'apprendimento dell'intera comunità e dei singoli individui.

Naturalmente come nelle Comunità anche qui in LfA si presentano ostacoli e momenti altamente conflittuali quali il seguente ben descritto da Francesca Vigoni una partecipante e socia di Mito&Realtà: “Nel momento in cui lo staff incarica il gruppo di operare delle scelte e decisioni(riunione plenaria decisionale) per la suddivisione nei gruppi attività (cucina-pulizie-tempo libero), assisto sbalordita alla trasformazione di questo luogo , per me così rassicurante, in una sorta di "piazza del mercato" popolata da partecipanti che, in un crescendo di eccitazione/clamore/litigiosità, parlano ognuno per sè, in un trionfo di singole individualità che non riescono a comunicare tra di loro (e l'inglese in questo non c'entra niente) ma cercano solo di prevaricarsi senza ascoltarsi. C'è una crescente irritazione perchè pur appellandosi alla necessità di compiere "scelte democratiche" nessuno riesce ad agire in tal senso e l'iniziativa è completamente bloccata. Vien voglia di scappare via... Personalmente sento crescere una grande rabbia in quanto mi sento sopraffatta dal gruppo che non mi permette di prendere la parola, mi sembra che per farlo dovrei alzarmi in piedi e mettermi ad urlare, in linea con l'immagine della piazza del mercato e con il detto popolare in uso dalle mie parti che dice (risparmio il dialetto): chi urla di più, la vacca è sua!”

#### **Alcune similitudini tra Comunità Terapeutica e LfA:**

- Lo staff: similmente ai partecipanti che provengono da studi, culture e professioni differenti così nel mio ruolo di direttore di LfA preferisco scegliere anche i membri dello staff con esperienza e professioni “mescolate”, che tendano cioè a rappresentare uno staff reale di comunità o equipe di servizi salute mentale, con dunque possibilmente la presenza di un educatore, un medico, uno psicologo, uno psichiatra, o professioni affini.
- In questo evento il ruolo dell'Amministratore(linguaggio GRC) mi è sembrato corrispondere in larga parte al ruolo del capo casa o del “governante”(come definito da il Porto nell'articolo presentato a Windsor.....)
- Nelle CT oggi sovente incontriamo differenti culture, lingue e tradizioni, sia nei pazienti che nello staff, così in LfA son presenti differenti nazionalità e linguaggi, si parla italiano ed inglese, con evidenti difficoltà di comunicazione, cercando di utilizzare non solo il traduttore ma anche le risorse presenti tra i partecipanti.
- Formazione tra pari: Kets de Vries nel suo ultimo libro ha dedicato spazio alla similitudine tra le CT ed il coaching di gruppo come metodo formativo/consulenziale e dice: “Come in una CT , l'apprendimento interpersonale diventa un veicolo essenziale per il cambiamento. Agli individui viene insegnato ad usare le osservazioni dei loro pari per saperne di più su se stessi, per apportare modifiche al proprio stile di vita.....nel coaching di gruppo come in CT, i partecipanti sono incoraggiati ad affrontare senza paura le questioni personali ed altrui. In entrambe le situazioni l'autoriflessione è un elemento cruciale” e aggiunge poi che sia nella consulenza/coaching ai gruppi che in CT ha osservato l'utilità del“ culto della confessione” intesa come pubblica ammissione di carenze personali; in questa linea di pensiero la nostra associazione M&R da alcuni anni ha ideato e introdotto il “visiting” come possibilità di formazione, auto ed eterovalutazione .....(da ampliare)

## **Ipotesi sull'impatto di questo metodo formativo nella pratica delle CT, Comunità Educative e Servizi di Salute Mentale :**

### *1. Permette il cambiamento di punto di vista*

Francesca Vigoni ha scritto a tal proposito dal punto di vista del partecipante: “..chi avrei trovato la prima sera nel letto accanto al mio? Mi rendo conto di aver provato in quel momento qualcosa di simile ai nostri pazienti , quando arrivano in CT: entrare in un luogo già abitato, occupare lo spazio che ti viene assegnato, venire coinvolta in una riunione plenaria di apertura dove non conosci nessuno ma senti un clima denso di emozioni...”...in questa esperienza avviene dunque un cambio delle abitudini quotidiane e una perdita dello spazio privato, con regressioni che generano la possibilità di cambiare punto di vista, di poter vedere e vivere come vede e vive un paziente il delicato e difficile attraversamento del “confine” Comunità. La possibilità di potersi formare insieme ad altre figure professionali e ruoli puo' permettere una miglior comprensione e consapevolezza dei diversi punti di vista, culture e stili , e dunque facilitare una miglior collaborazione con gli altri ruoli nel rientro nell'organizzazione/comunità di appartenenza.

*2. Facilita l'incontro e l'interscambio con altre realtà simili anche di altre culture*(varie nazionalità presenti nell'ultima edizione 2013), ciò ha le positive conseguenze di contenere la tendenza all'isolamento ed autoreferenzialità ed apre alla possibilità di apprendere dal gruppo di pari; si generano delle naturali ed informali intervizioni(nello stile peer-review) oltre che dei nuovi rapporti professionali e o personali che incominciano durante LfA e che a volte vengono continuate in seguito.

*3. Seguendo il pensiero di E.Pedriali ed R.Hinshelwood riguardante le 3 dimensioni fondamentali “fare pensare ed imparare”:* la scommessa formativa sta nell'**imparare ad apprendere e pensare mentre si fanno le attività e azioni, cercando di integrare tali dimensioni in genere tenute separate**; “la vita quotidiana che è elemento fondante il fare comunità” è in questo senso opportunità per imparare a coltivare la tensione tra un fare, che a volte è senza pensiero né riflessione (durante le attività), potendo potenzialmente trasformarsi in un acting out, ed un pensare sovente isolato (nei suoi contenitori istituzionali quali le riunioni) e che potrebbe invece rappresentare un tentativo di scissione e fuga dal fare; il tentativo e lo sforzo qui in questo tipo di eventi formativi sta nel cercare di integrare il fare con il pensare e di poter apprendere da ciò; in effetti come hanno sottolineato Brunner Hinshelwood Pedriali “l'azione può essere usata come difesa rispetto alla riflessione” e aggiungono: ” i partecipanti spesso fanno le attività per bisogni narcisistici e non di apprendimento”; è da qui chiaro come il fare un' attività non corrisponda ad imparare dall'attività e dalle azioni.

Spesso nello svolgersi di LFA spesso nei partecipanti si evidenzia una scissione tra le attività percepite come “buone” ed eventi riflessivi percepiti come più difficili. Ho potuto osservare la transizione dall'eccitamento dell'azione ad un più doloroso incontro con gli aspetti più oscuri delle proprie resistenze nei momenti riflessivi; l'azione può dunque essere usata come una difesa verso la possibilità di riflettere e pensare.

Anche nella esperienza di formatore e consulente di CT mi è capitato di poter osservare gruppi curanti che prendono tempo per riflettere e pensare, ma che hanno difficoltà, una sorta di paralisi, nel prendere decisioni e concretizzarle in azioni o all'opposto gruppi che decidono rapidamente il da farsi, senza un pensiero che dia significato e che sostenga la decisione.

Il *dare nome alle cose*, dunque esplicitarle, esprimerle, mi sembra un evidente e necessaria pratica che funge da connettore tra le tre dimensioni citate(pensare fare apprendere), ed è possibile sia nel momento dell'azione che nel momento del pensiero.

*4. Permette l'esplorazione della “grammatica e del linguaggio delle azioni”*(Hinshelwood), l'allenarsi a osservare e leggere il non detto, il corpo che parla, le azioni in quanto portatrici di messaggi dell'inconscio, di sintomi da decifrare.

*5. Metodo formativo senza teoria:* riprendendo nuovamente quanto scritto da Brunner Hinshelwood e Pedriali: “ come in altre formazioni in stile Group Relations, i nostri workshop sono più che semplici scambi cognitivi entrando nelle dinamiche emozionali.....se prendiamo in considerazione quanto importante sia l'empatia nella relazione con i pazienti, come anche sia cruciale l'ansia e le difese contro di essa, sia a livello individuale che istituzionale, risulta chiaro che una formazione unicamente teorica è limitata nel provvedere a competenze utili. Infatti l'apprendimento teorico rischia di creare un muro tra staff e pazienti, e la conoscenza basata unicamente su aspetti razionali ed intellettuali può rinforzare l'ansia e/o le difese verso di essa, aumentando la distanza emotiva dai pazienti.” Spesso i “curanti” significanti sono quelli con minori studi teorici come gli infermieri, OSS ed educatori rispetto agli psicologi e psichiatri; con alcuni pazienti è necessario mettere da parte la teoria accademica in modo da poter sviluppare un autentica sensibilità basata

sull'ascolto e relata al paziente (Zapparoli,2006) . Come detto da Maxwell Jones tempo fa, i professionisti hanno a volte bisogno di “disimparare” parte dei loro training di apprendimento (Jones, 1957) o meglio interiorizzarlo per metterlo in gioco in nuovi contesti.

6. *L'attività-azione come terzo tra staff e pazienti*: l'attività è possibile mediatrice del conflitto, delle discussioni ed opposizioni che permeano la vita delle comunità

7. *Permette di osservare le differenze del funzionamento del piccolo e del grande gruppo* (Francesca Vigoni): nella pratica delle Comunità gli aspetti di collaborazione quotidiana nei turni di lavoro e nei passaggi di consegne si svolgono in piccolo gruppo, mentre le riunioni di comunità, in genere a cadenza settimanale, si svolgono in un gruppo più numeroso(grande gruppo)

8. Far scoprire che è possibile, utile e terapeutico, oltre che faticoso, “apprendere dall'esperienza e dall'azione/learning from action“ non solo mentre si è in formazione in situazione protetta come in questo tipo di eventi, formativi ma anche mentre si lavora in CT (dunque evitando di generare un rapporto di dipendenza da questo tipi di eventi)

9-Promuove la ricerca di un tipo di cultura democratica del “fare comunità” e favorisce lo scambio tra differenti stakeholders dei percorsi riabilitativi, facilitando il riconoscimento delle differenti identità o similitudini di percorsi e strutture; le CT le CE, i centri diurni i CPS o UOMPIA e le tutele minori ecc ecc in modo da facilitare la costruzione di una mappa concettuale e concreta che permetta ad ogni operatore e struttura l'utilizzo delle risorse e l'integrazione delle stesse ..

## **ABSTRACTS RELAZIONI del POMERIGGIO**

### **CT IL PORTO (Piemonte)**

#### **Della morte e del morire in comunità terapeutica**

##### ***Metello Corulli e Tullia Mongini***

Da sempre la morte rappresenta per tutti gli uomini e tutte le culture un evento molto difficile da accettare.

Nella vita di una comunità terapeutica, il decesso di un paziente per eventi “quasi” naturali ( molti pazienti hanno “giocato” con il loro corpo consumandolo prematuramente ) o per conclamato tentativo anticonservativo costituiscono sempre un evento molto tragico che ferisce tutti, un fortissimo impatto emotivo trasversale, che colpisce i residenti, i familiari della vittima e gli operatori toccando le corde più profonde della loro umanità.

Affrontare il suicidio significa, dunque, gestirne le implicazioni a vari livelli. I residenti, infatti, saranno probabilmente colpiti da sentimenti diversi e contrastanti che possono andare dalla perdita di speranza, la rabbia, fino invece alla gratitudine verso la comunità. Ugualmente diversificate possono essere le emozioni provate all'interno della famiglia, che andranno a riflettersi nella relazione della famiglia stessa con i residenti e gli operatori della comunità. Anche l'equipe, chiamata innanzitutto alla gestione delle emozioni dei familiari e residenti, non è immune da sentimenti propri, spesso anch'essi ambigui e contrastanti dei quali doversi prendere cura.

Ed infine l'indagine della magistratura: una figura di autorità esterna che chiede alla leadership dell'istituzione di rispondere, in scienza e coscienza, della serietà del proprio operato. La gestione della morte in comunità è pertanto un percorso elaborativo che si articola a vari livelli, volto a favorire l'attribuzione di senso, l'elaborazione del lutto, l'accettazione fino al perdono.

### **CT per adolescenti e giovani adulti VILLA PLINIA (Lombardia)**

#### **Prendere Sberle o prendere farmaci**

breve riflessione sulla specificità e sull'importanza della terapia psicofarmacologica nelle Comunità Terapeutiche per adolescenti con psicopatologia complessa.

### **CT per adolescenti Villa Plinia (CO) Luca Gaburri**

L'autore prova a individuare brevemente alcuni punti che indicano la specificità dell'intervento farmacologico in Comunità terapeutica. In primo luogo viene discussa la qualità dell'osservazione clinica e

della proposta di alleanza terapeutica sul farmaco (compliance) che una “buona” comunità terapeutica può offrire ai suoi pazienti.

Più avanti, viene suggerita la ineludibile necessità di guardare contemporaneamente ai bisogni “psicofarmacologici” del singolo paziente insieme ai bisogni “psicofarmacologici” del gruppo: la profondità e qualità dell'intervento farmacologico su un determinato paziente non dipende solo da fattori interni al suo stato psicopatologico o alle dinamiche del rapporto con lo psichiatra, ma contemporaneamente a fattori esterni e connessi alle dinamiche del gruppo dei pazienti e del gruppo dei curanti. Da qui, è breve il passo che porta a riconoscere umilmente e senza ipocrisia che ogni équipe può avere un “proprio bisogno psicofarmacologico” e che in ogni équipe questo bisogno può variare nei momenti differenti della vita clinico/istituzionale. I farmaci prescritti ai pazienti servono quindi anche a curare le ansie e le parti autistiche e psicotiche delle équipes, o la depressione il gruppo prova quando si confronta con l'enormità del compito a lei affidato. Eludere questa dimensione può portare ad eccessi o difetti nella prescrizione, oppure ad errori qualitativi nella scelta del farmaco, a causa dell'umore dell'équipe.

Si prova anche ad affrontare il tema della terapia al bisogno, cercando di individuare il sottilissimo confine che separa una terapia al bisogno “evolutiva” da un'altra terapia punitiva e antievolutiva: così come potrebbe esserlo una sberla, se non risulta troppo politicamente scorretto riconoscerlo.

L'autore propone che la capacità di vedere e padroneggiare la dimensione relazionale della terapia psicofarmacologica, sia sul piano individuale che gruppale, piuttosto che la prescrizione della terapia psicofarmacologica in sé, costituisca il vero spartiacque tra una Comunità Educativa e una Comunità Terapeutica.

### **CT per adolescenti CASSETTA ROSSA (Lazio)**

#### **Dalla comunità perseguitata alla Comunità persecutoria**

##### *Vittoria Quondamatteo*

Nel lavoro con gli adolescenti autori di reato immersi all'interno di una società oramai definita trasversalmente “fluida”, gli interventi sulla crisi divengono luogo di paradossi anche per l'équipe curante. Al fine di offrire uno spunto di riflessione sulle contraddittorietà che questo tipo di utenza sollecita, verrà presentato un caso clinico riguardante la gestione di un minore “difficilmente raggiungibile” che ha messo l'intera équipe in una fase di stallo sulla necessità o meno di fare una denuncia, rispetto ai suoi agiti, contro la struttura e contro gli operatori. Il caso verrà riletto attraverso una riflessione sui seguenti punti critici:

- Integrazione nel contesto residenziale di una comunità per minori dell'ambito sanitario del circuito penale e quello proveniente dalla salute mentale
- Risorse e criticità di tali percorsi comuni
- Riflessione sul ruolo della “denuncia” come spazio transizionale che possa o meno facilitare l'acquisizione di introietti “interi e sani”
- Riflessioni sulla funzione della supervisione che in situazioni critiche rappresenta l'unico possibile parametro per dare un significato evolutivo alle dinamiche interne e superare l'empasse

Il caso verrà letto all'interno delle dinamiche relative alla CT Casetta Rossa – comunità psico-educativa per post acuzie – caratterizzata da un'utenza mista. La struttura che nasce all'interno del Protocollo d'Intesa sull'Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva accoglie minori con problematiche sanitarie provenienti dal circuito penale minorile e dalla rete dei servizi della salute mentale minorile. La comunità per definizione rappresenta quell'holding che in situazioni di questo tipo rischia di diventare l'oggetto persecutore contagiando il funzionamento psichico non solo del ragazzo ma anche dell'intera équipe nonché della rete istituzionale coinvolta nella presa in carico del minore.

## **CT per disturbi di personalità PASSAGGI (Abruzzo)**

*Marino Decrescente Antonello Angelini*

### **Fuggire dai confini della comunità per transitare, fuggire dai confini per perdersi.**

In questa presentazione vorremmo porre l'attenzione a quella che spesso è considerata una emergenza nel lavoro in comunità : la fuga degli ospiti.

Vorremmo in particolare porre una importante distinzione tra due distinti tipi di fuga : la fuga dalla comunità che, indipendentemente dal vissuto drammatico degli operatori e dai suoi esiti , costituisce una ricerca di significato da parte dell'ospite, e la fuga che viene messa in opera nell'intento di rompere la dimensione contenitiva dell'istituzione e di fatto costituisce un perdersi oltre i confini della propria mente e che può avere - e a volte effettivamente ha - risvolti tragici.

Nella maggior parte dei casi il primo tipo di fuga è messo in atto da pazienti Borderline la cui tendenza all'agito in sostituzione di ciò che può essere dolorosamente pensato costituisce una caratteristica distintiva della patologia. Il Secondo tipo di fuga è invece più caratteristico dei pazienti psicotici: psicosi significa infatti letteralmente "volo dell'anima" , ovvero fuga dai confini della propria mente e del proprio corpo nel tentativo di perdersi nell' Iperuranio (Platone). Nella nostra esposizione riporteremo brevemente due vignette cliniche

## **CT per minori ANTENNA G. BEOLCHI (Lombardia)**

*Giuseppe Oreste Pozzi*

### **A scuola dal guerrigliero**

Quando le istituzioni sanitarie, e non solo sanitarie, vogliono prendere il posto dei genitori, l'impasse che ne deriva è, quantomeno, problematico.

Primo tempo: Un momento di cambiamento organizzativo è, inevitabilmente, concomitante alle crisi dell'ospite più grave, un ragazzo di 14 anni. Un primo atto assunto dal direttore che permette all'équipe di mettersi a studiare aiuta a prendere ed applicare la necessaria decisione organizzativa ed a gestire la crisi del ragazzo.

Secondo tempo: L'arrivo del "guerrigliero", un ragazzo di colore di 9 anni, senza genitori e proveniente dall'Africa per essere curato all'Istituto dei Tumori, travolge il sistema comunitario in una spirale apparentemente impossibile da sostenere. Un altro atto assunto dal direttore ma assieme all'équipe trasforma un'esperienza, potenzialmente devastante, in un apprendimento esistenziale per tutto il sistema comunitario e per il discorso della medicina in quanto tale.

Impariamo a dimostrare la logica del nostro lavoro per dimostrare che è possibile lavorare per ancorare la pulsione di morte anche in una situazione di crisi generale del sistema. Il passaggio dal "cosa fare?" al riuscire a chiederci "cosa ci chiede questo soggetto?" oltre a pacificare gli operatori rasserena gli ospiti che non vengono travolti dal presunto pieno di sapere dell'équipe. Si impara, per esempio che, con i suoi verbalini indirizzati agli operatori, il ragazzo di 14 anni insegna a tutti noi qualche cosa che ci riguarda direttamente. Il ragazzo di colore ci insegna, invece, la differenza tra rispetto per gli spiriti e per la cultura di appartenenza vs il riconoscimento dei sintomi soggettivi. Ci insegna anche distinguere tra obbedienza ai protocolli medico-terapeutici per la cura (del linfoma) rispetto ad un ascolto della parola del soggetto. Sono proprio i ragazzi ad insegnarci che sono loro stessi a trovare le soluzioni, chi grazie all'invenzione dei "verbalini" chi per dimostrare di non avere paura ad andare a casa a morire.

Il lavoro d'équipe, attraverso gli atti che arriva ad assumere, mostra che è possibile non soccombere sotto il vuoto di sapere, anzi, dimostra che è proprio la possibilità di dare spazio al non sapere cosa fare, al non sapere in quanto tale che permette di cogliere una sempre nuova possibilità di saperci fare con il soggetto. L'équipe acquista il suo valore di forza e di energia propulsiva in particolare nei momenti di crisi istituzionali e di cambiamenti organizzativi necessari. I vincoli amministrativi del sistema italiano e lombardo possono ingenerare cambiamenti fallimentari o diventare la leva e la pedivella per governare una crescita progettuale in un rinnovato e ritrovato legame simbolico tra operatori ed ospiti. Farsi guardiano del

vuoto di sapere permette di passare sistematicamente dal fare perché si deve sempre sapere cosa fare, al pensare perché non ne sappiamo mai abbastanza

### **CT per adolescenti EIMI' (Lazio)**

#### **Pensare in “rete” come antidoto al rischio della frammentazione e dell'isolamento**

*Claudio Bencivenga*

Una Comunità terapeutica, se vuol dirsi tale, deve essere dotata di tutta una serie di dispositivi volti a proteggere la funzione pensante: questi sono diversamente articolati e integrati tra loro. Da qui, per ciò che concerne i gruppi dei curanti, le supervisioni, le intervizioni, i seminari a tema, i visiting, ecc. e le varie terapie gruppali, familiari, individuali (ecc.), per quel che concerne il gruppo degli utenti. Tutti questi dispositivi fanno parte della trama quotidiana della Comunità e hanno la funzione di prevenire, contenere, riflettere, trasformare gli elementi di emergenza evitando il frequente fenomeno di “freezing” del pensiero dove il ‘Gruppo di Lavoro’ va in tilt con risposte agite, talvolta simmetriche, collusive, omeostatiche; fenomeni, questi, frequenti in tutte le istituzioni che a vario titolo e livello si occupano di disagio psichico, ancor più se ospitano adolescenti (come appunto le comunità per adolescenti), per , appunto, le peculiarità di questa particolare tipologia di utenza che più dell'adulto è in grado di smuovere, sollecitare, ed entrare in risonanza con le parti profonde e sopite dell'equipe.

Sicuramente un aspetto, a mio avviso, poco dibattuto che non aiuta nella gestione delle crisi e dell'emergenza è il rischio (direi la tendenza) da parte delle strutture comunitarie a considerare il paziente “un affar proprio” come se il paziente appartenesse alla struttura Comunitaria e non alla Comunità/collettività più allargata. Se si considera l'utente non come un “problema” di esclusivo appannaggio di quella o di quell'altra Istituzione ma come un cittadino di una più ampia collettività - rinunciando a fantasie narcisistiche di possesso e contrastando i frequenti fenomeni di delega e di espulsione - ecco che allora le difficoltà vengono condivise, evitando le dinamiche inclusive e di appropriazione, che molto spesso hanno a che fare con la natura stessa e sono alla base del malessere, così come anche, all'opposto, quei fenomeni di espulsività che alla stessa stregua sono il fondamento di molte delle manifestazioni del disagio psichico. Ecco allora che occorre una cultura della rete, che al di là della presenza concreta “sulla carta” di Istituzioni e risorse (Centri Diurni, comunità residenziali, reparti ospedalieri, Progetti Compagno Adulto, ecc.) necessita prima fra tutti un “pensare in rete” dove ognuno può essere un pezzo e costituire una parziale risposta per quel determinato paziente. Occorre superare logiche antagoniste dove spesso si pensa in termini allocativi (“dove collochiamo questo paziente?”), piuttosto che in termini progettuali; ecco allora che un'emergenza, quando ci sono le condizioni per definirla tale, può essere meglio affrontata se si ha la consapevolezza che si può attingere a più “soluzioni” e risorse: Servizio ASL inviante, Comune affidatario, Tribunale, Reparto ospedaliero, famiglia (quest'ultima è anche una risorsa , ricordiamolo!), Scuola, Stazione di Carabinieri, Associazioni sportive, e dove proprio l'uscire dall'isolamento è già di per sé una risposta all'emergenza! Perché fa sentire gli operatori meno soli, meno onnipotenti, meno impotenti e parallelamente fa sentire i pazienti meno impotenti, meno soli, meno onnipotenti, permettendo una `diffrazione del transfert' su più livelli e più istituzioni che, chiaramente, devono lavorare condividendo una linea e un progetto condiviso, magari “inventando”, volta per volta protocolli di intesa per quel caso, per quel paziente.



