

# COMUNITA' TERAPEU- TICA "IL MOSAICO"

*Servizi Specialistici residenziali e di Pronta Accoglienza*

**Direzione generale: dott. Alessandro Bellin**  
cell. 348.8260512

## PERCORSI POSSIBILI... QUALI EVOLUZIONI.

ESPERIENZA DELLA PRONTA ACCOGLIENZA IL "CE.D.R.O." –DIAGNOSI E CURA-

### Premessa Articolo

Caldogno (VI) 09/09/08

Lavorare a contatto quotidiano con pazienti cronici, in cura per la riabilitazione delle dipendenze da alcol e sostanze psicotrope, ci fa riflettere con frequenza sui principi costitutivi che sottendono al nostro operare e che sono soggetti a costanti modifiche, integrazioni, approfondimenti, seguendo le linee di evoluzione culturale, sociale e cinica degli interventi.

Ci stiamo soffermando a riflettere sul concetto di contenimento e in particolare di quello svolto dalla comunità terapeutica intesa come "struttura che diventa cura". Con l'equipe di lavoro della Comunità il Ce.D.R.O., ho in questo momento la possibilità di affrontare questo tema individuando spazi di pensiero che si integrano alla relazione con i pazienti.

In modo particolare ringrazio, il dott. Marco Morabito, che ha seguito da vicino il caso producendo l'articolo che segue e che mi auguro possa aiutarci a riflettere su elementi di buona prassi per gli interventi con pazienti cronici legati alle problematiche delle dipendenze.

Winnicott, pediatra e psicanalista inglese, definisce *holding* la capacità di una "madre sufficientemente buona" di contenere e sostenere adeguatamente il proprio figlio. Egli puntualizza quanto siano determinanti per un buon sviluppo psicologico le cure materne primarie. Scrive, a questo proposito: "*Le basi della salute mentale dell'individuo, intesa come libertà dalla psicosi o dalla tendenza alla psicosi vengono poste da queste cure materne, che passano quasi inosservate quando tutto va bene*" (Winnicott, 1976).

In questa fase la madre fa sperimentare la dipendenza e il senso di onnipotenza assoluta al bambino offrendogli contenimento (*holding*) contatto e manipolazione del corpo (*holding*) e la capacità materna di rendere disponibile al bambino l'oggetto nell'esatto momento in cui ne ha bisogno, né troppo presto né troppo

tardi (*object presenting*).

Partendo da questi punti di riferimento e da tutta la letteratura ed esperienze realizzate, poniamo una “base sicura” del nostro lavoro clinico attrezzando così la comunità terapeutica con le caratteristiche primarie che possano agire da argine sia fisico che psichico che possano contenere le angosce dei pazienti affinché non straripino.

Questi percorsi e strutture intendono contribuire al tentativo di cominciare a costruire nel paziente la sicurezza che esistono delle situazioni nelle quali può sperimentare le sensazioni di accoglienza, stabilità e coerenza, contenimento e accudimento, senza sentirsi solo a gestirle e quindi costantemente sull’orlo del precipizio dell’annullamento di sé stesso.

Penso che la cura, soprattutto per quanto concerne le cronicità, possa passare attraverso la capacità di cogliere i movimenti, anche minimi dei pazienti, per *tradurli* nella rete, al fine di favorire quello spazio volto ad accogliere la spinta individualizzante di ciascuna persona.

Un ultimo ringraziamento lo rivolgo all’intera equipe di lavoro della comunità Il Ce.D.R.O., che sostiene e realizza questi percorsi di crescita e di riflessione.

Il Direttore  
***Dott. Alessandro Bellin***

Questo breve articolo vuole trattare la tematica riguardante le modalità possibili di presa in carico dei pazienti in comunità e nella successiva fase di reinserimento nel territorio.

Tale argomento ha catturato la mia attenzione vista l'eterogeneità delle problematiche presenti nei pazienti inseriti in comunità e la conseguente necessità da parte dell'equipe curante di variare a seconda del paziente alcuni aspetti della metodologia di lavoro.

Per fare ciò è necessario superare il concetto di una comunità strutturata rigidamente quando per rigidità mi riferisco al pensiero degli operatori di comunità che, talvolta, operano seguendo delle linee guida statiche che non si plasmano alla soggettività dei pazienti costituendo altresì a loro volta la struttura terapeutica per i pazienti stessi.

Prendendo in esame la soggettività del paziente va modificata di conseguenza la modalità di *stare* in relazione con i pazienti che sarà imprescindibilmente basata anche sulle caratteristiche soggettive dell'equipe curante.

Per metodologia di lavoro intendo, inoltre, la possibilità di pensare di strutturare un percorso psicoterapeutico che non termini nel momento in cui il paziente viene dimesso dalla struttura, bensì alla necessità di offrire un supporto possibile nel contesto sociale in cui verrà re-inserito il paziente.

Questo tenendo presente citando Jones che "le comunità terapeutiche non sono programmi di trattamento statici, ma organizzazioni o elementi di organizzazioni che hanno un continuo processo di adattamento in risposta alle circostanze interne ed esterne"(Jones, 1997 pag.121).

Se si accoglie questo concetto come modello di sviluppo di una comunità terapeutica, quanto diventa distintivo di questo genere di istituzioni non sono più solo le tecniche specifiche ma la consapevolezza dell'esperienza quotidiana come opportunità di apprendere qualcosa di sé in relazione con gli altri.

Seguendo questo pensiero la Comunità di Pronta Accoglienza che si pone di fronte alle gravi problematiche dei pazienti " ha il compito, prima di interpretarne i sintomi, quello di stare con loro con i loro sintomi" (Benedetti, 1980 pag . 171).

In questo senso la struttura comunitaria non avrà solo la funzione di contenere e gestire la crisi del paziente ma potrà fungere da supporto al paziente per ri-costruire insieme una modalità possibile di esistenza che il paziente possa tollerare.

Ma come si viene man mano strutturando il vissuto di appartenenza in una situazione comunitaria ?

Una funzione fondante dell'esperienza comunitaria è senz'altro da riferirsi alla costanza della presenza che per il paziente grave costituisce "un fondo permanente e stabile su cui potranno prendere forma delle presenze più specifiche e più individualizzate " (Racamier, 1972). Presenza che debba, a mio avviso, saper modulare una consapevole "passività" nel senso di favorire una libera espressione delle risorse del paziente, ma che sappia manifestarsi anche come un'attiva sollecitazione di un clima collettivo animato e affettivamente caldo esprimendosi anche attraverso determinate azioni organizzate attorno a dei rituali regolari. Vorrei proporre, a proposito di quanto detto finora, l'immagine della "sedimentazione della quotidianità", quale fattore strutturante, o ristrutturante di un "se" frammentato, privo di coesione e di stabilità.

Per "sedimentazione della quotidianità" intendiamo l'acquisizione di abitudini, strutturate attraverso la ripetizione frequente, regolare e costante di gesti che hanno a che fare con le necessità quotidiane e che sostenute da una calda e attenta presenza di figure curanti stabili, gradualmente restituiscono al paziente un senso di compattezza e di continuità dell'esistenza di cui era ormai completamente privato.

Inscindibilmente collegato al concetto di appartenenza è il concetto della "dipendenza", in quanto appartenere significa inevitabilmente essere più o meno dipendenti da una persona o da un gruppo di cui si fa parte. E' altrettanto chiaro ormai che non c'è "cura" se non c'è un certo grado di dipendenza.

Il problema formidabile che si pone rispetto alle situazioni comunitarie è, a mio avviso il seguente: come modulare la dipendenza per far sì che risulti strutturante per la persona, ma che al tempo stesso non diventi paralizzante rispetto a necessari movimenti di individuazione e di separazione, anche parziale (Winnicott, 1965). In altre parole è opportuno porsi il problema di come individuare degli elementi regolatori tra il "dentro" e il "fuori" e cercare di favorire con forza i movimenti anche minimi che il paziente compie verso una possibile differenziazione per evitare un imprigionamento in una dimensione in cui l'istituzione comunitaria diventi il contenitore onnicomprensivo di tutti i bisogni. E' possibile infatti e non infrequente che il gruppo dei curanti e il gruppo dei pazienti resti impigliato in una sorta di assunto di base di accoppiamento, nel senso bioniano della definizione, per cui solo all'interno dell'istituzione c'è la possibilità di mantenere in vita il livello di salute e di benessere raggiunto e che solo all'interno di esso può esserci salvezza (Correale). Se questo esito estremamente negativo della dipendenza sembra in parte contrastato nella Comunità terapeutica, perché la sua idea fondante è appunto quella della restituzione del paziente al suo contesto di provenienza è al tempo stesso insito nelle strutture comunitarie in quanto non offrono un supporto adeguato ai bisogni soggettivi del paziente nel momento in cui lo si dimette.

A supporto di quanto detto finora vorrei descrivere brevemente l'esperienza di inserimento di un paziente di nome Roberto all'interno del Centro di Pronta Accoglienza "Il Ce.D.R.O."

Roberto ha 52 anni abita a Lumezzane (Brescia) e lavora in un'azienda del bresciano da 37 anni con la qualifica di operaio specializzato.

E' stato inserito al Ce.d.r.o a fine ottobre 2007 a seguito di un uso massiccio di cocaina negli ultimi 5 anni che ha reso progressivamente ingestibile la sua situazione relazionale e lavorativa.

L'ipotesi di inserimento per Roberto era quella di inserirlo al Ce.D.R.O. per un periodo di 6 mesi circa per disintossicare il paziente e lavorare sulle criticità presentate dal paziente nel suo contesto sociale.

Inizialmente Roberto si presenta abbastanza chiuso in se stesso, parla poco e riporta spesso la sua voglia di fare uso di cocaina.

Nel primo mese circa Roberto mostra difficoltà a gestire anche le funzioni di base all'interno della vita comunitaria: dalla gestione delle sigarette quotidiane, al prendersi cura della propria igiene.

In questo periodo di tempo abbiamo lavorato molto sulla possibilità presente in Roberto di riconoscere un limite ai propri bisogni nel momento in cui questi si facevano urgenti e dettati da una forte ansia.

Contemporaneamente a questo abbiamo cominciato a responsabilizzare Roberto circa i compiti da svolgere all'interno della vita comunitaria come ad esempio cucinare rimandandogli continuamente che tali compiti avevano la funzione di riabilitarlo verso una nuova autonomia possibile.

Successivamente abbiamo cominciato a lavorare con la rete familiare di cui la sorella Mariagiulia rappresenta la figura di riferimento per Roberto.

La sorella di Roberto è venuta in visita numerose volte al Ce.D.R.O.

Ciò ha dato la possibilità a Roberto di iniziare a ristrutturare i legami familiari.

Nei mesi successivi si è stabilito un forte legame con l'equipe ed in maniera particolare con me.

Tale legame è stato possibile probabilmente grazie ad un grande accoglimento delle ansie e del bisogno di contenimento da parte del paziente che ha trovato in me una figura di riferimento.

Grazie a questo forte legame creatosi con la struttura Roberto è riuscito a parlare delle proprie paure rispetto all'uso di sostanze illegali nonché alle difficoltà che avrebbe incontrato nel reinserirsi a casa. Abbiamo conseguentemente cominciato a far uscire dalla Comunità Roberto facendolo rientrare nella propria abitazione per qualche giorno.

Ciò ha permesso alla struttura e all'utente stesso di elaborare insieme all'equipe curante le esperienze vissute a casa.

In questo periodo, però, il servizio inviante ci ha messo al corrente che l'Ulss di competenza non avrebbe più pagato la retta per la Comunità a causa della mancanza di fondi.

Di fronte alla incombente possibilità di terminare anticipatamente il programma stabilito il paziente ha chiesto la possibilità di poter pagare personalmente la retta della Comunità col fine di poter terminare il programma prestabilito fissato per metà giugno.

La Comunità ha accettato la proposta e ha formulato un progetto volto a supportare il reinserimento a casa del paziente anche all'interno del proprio contesto sociale.

Tale progetto è si è costituito dai seguenti interventi:

- **uscita di una giornata a Lumezzane**: l'utente accompagnato da un operatore della struttura si è recato nel proprio paese di residenza andando a condividere i principali punti di riferimento della vita di Roberto quali la casa, il posto di lavoro, i familiari, il bar che Roberto frequenta abitualmente;

- **week-end presso la Comunità "Il Ce.D.R.O."**: si è pensato di far trascorrere a Roberto (una volta terminato il programma residenziale) dei fine settimana presso la Comunità con lo scopo di consentire un monitoraggio del percorso di reinserimento a casa nonché la possibilità di intervenire su eventuali aspetti di criticità createsi;

- **vacanze estive con la Comunità**: è stato proposto al paziente di trascorrere un periodo di soggiorno estivo in montagna con la Comunità.

Tale proposta ha lo scopo di mantenere un legame con la struttura nonché permettere al paziente di sperimentarsi in contesti di condivisione sociale protetta nuovi;

Si sta valutando, inoltre, la possibilità di effettuare delle visite domiciliari mensili presso l'abitazione del paziente.

Tale progetto favorirebbe un reinserimento graduale dell'utente nel proprio tessuto sociale rinforzandone i punti di riferimento e promuovendo nel paziente una maggior consapevolezza di aver bisogno di un supporto terapeutico che lo protegga e lo tuteli da eventuali difficoltà.

Il progetto è stato sperimentato nella sua totalità dal paziente che ha provveduto personalmente al pagamento di tutte le fasi del programma stesso.

Il paziente a distanza di tre mesi dal termine del programma lavora a tempo pieno e chiama regolarmente la Comunità per condividere le proprie esperienze e i propri aspetti di fragilità.

Si effettuano regolarmente, inoltre, colloqui telefonici con i familiari per condividere l'evolversi della situazione nonché risultano frequenti contatti telefonici dei familiari che ricorrono alla comunità quale risorsa per gestire situazioni di difficoltà con Roberto.

Dott. Morabito Marco

Comunità terapeutica "Il Ce.D.R.O."

## **Bibliografia**

**G. Benedetti**, *"Alienazione e Personazione nella psicoterapia della malattia mentale"* - Einaudi, Torino, 1980

**Correale A.:** *"Il campo istituzionale"* - Edizioni Boria I Edizione 1991 -2a Edizione 1999

**Racamier P.C.: *"Lo psicoanalista senza divano"* 1972- Raffaello Cortina Editore 1982**

**Winnicott D.W. *"Sviluppo affettivo e ambiente"* 1965- Armando Editore 1970**