

Esperienza di lavoro con un gruppo all'interno di una comunità diurna per tossicodipendenti.

Contributo di *Germana Cesarano e Francesca Sicoli*

Questa riflessione parte dall'esperienza ventennale della comunità diurna Magliana 80. Il contributo che si vuole portare riguarda il lavoro terapeutico e, nella fattispecie, la dimensione del gruppo in un ambito in cui la richiesta di cambiamento è condizionata o forzata. Ciò rende necessaria una breve descrizione del contesto in cui prende corpo il lavoro di seguito riportato, poiché il significato di ogni comportamento è strettamente correlato al contesto in cui questo avviene, fino al punto che – come afferma Bateson (1979) – è il contesto stesso a definire il senso di ciò che accade.

Per una scelta politica la comunità nasce nel cuore della Magliana, un quartiere di Roma famoso per essere una delle tante piazze di spaccio della droga e che ha dato il nome alla prima organizzazione criminale della città. Si tratta di una struttura piccola che può ospitare fino ad un massimo di 15 ospiti, la cui porta di ingresso affaccia direttamente sulla strada. Anche gli spazi di decompressione, lo spazio dove si può fumare o chiacchierare in libertà e lo spazio verde della struttura sono sulla strada principale, il che implica che non vi sono filtri rispetto all'ambiente esterno, né barriere che demarcano una separazione netta tra il “dentro” e il “fuori”.

La comunità diurna si colloca, dunque, come spazio intermedio fra la strada e le comunità tradizionali; la struttura è aperta per otto ore al giorno, tutti i giorni lavorativi, e può accogliere solo persone che abbiano una sistemazione stabile e la possibilità di essere sostenuti nelle loro spese quotidiane dalla famiglia. Gli ospiti della comunità - quotidianamente - devono sottoporsi al confronto con la realtà esterna, in quanto la dimensione di “luogo protetto” è limitata alle ore del giorno, mentre la sera ognuno torna nella propria abitazione o, in alcuni casi, nelle strutture adibite ad accogliere persone in emergenza abitativa. Questa scelta nasce dal bisogno di offrire una risposta a persone per cui – al momento - non risulta idoneo un progetto di comunità residenziale.

L'intervento di cambiamento all'interno di una comunità terapeutica è basato sulla dimensione di gruppo: l'assunto di base è che la tossicodipendenza sia un'attività individuale e che le attività fatte in gruppo permettano di avere uno specchio in cui riflettersi e trovare spunti per attivare e consolidare il cambiamento.

Le attività lavorative prevedono piccoli gruppi che hanno una duplice funzione: se da una parte il gruppo esercita un controllo sul singolo, riducendo la possibilità di entrare in contatto con gli aspetti più a rischio dell'ambiente esterno, dall'altra il lavoro in gruppo permette la condivisione

dei momenti di fatica ma anche dei momenti ludici, oltre a favorire la conoscenza reciproca e l'instaurarsi di un clima di fiducia utile al confronto.

L'osservazione del comportamento, da parte degli operatori, permette di analizzare le ridondanze e dinamiche relazionali quali la formazione di sottosistemi o l'assegnazione (non sempre conscia) del ruolo di capro espiatorio a un membro del gruppo che, dunque, si ritroverà a esprimere, tramite il sintomo, i conflitti e le emozioni inconsci e/o taciuti all'interno del sistema.

Le caratteristiche degli utenti sono legate alla loro condizione di tossicodipendenti e, negli ultimi anni, di tossicodipendenti con problematiche legali significative. Quest'ultimo aspetto ha modificato l'oggetto della domanda di aiuto: non chiedono di entrare in comunità per risolvere i problemi di dipendenza ma per risolvere i problemi penali, potendo così accedere alle misure alternative alla pena. Poiché la legge italiana sulle tossicodipendenze (Legge 309/90 e successive modificazioni) ha favorito il paradosso del legame fra cura e condanna, per cui il sistema giudiziario cura il reo punendolo e – allo stesso tempo - lo punisce curandolo, la situazione di ambiguità venutasi a creare ha fatto crescere negli anni la richiesta impropria di terapia.

Nelle strutture del terzo settore convenzionate per la cura delle dipendenze, gli operatori si sono trovati di fronte al dilemma di accogliere persone che si presentano con una richiesta strumentale o di rischiare di non avere invii da parte del servizio pubblico¹.

Il lavoro terapeutico con persone con problematiche penali implica una scarsa motivazione al cambiamento da parte del paziente che spesso vede il percorso terapeutico come mera alternativa alla detenzione carceraria o come unica possibilità di rompere la monotonia della detenzione domiciliare. Si tratta di persone il cui funzionamento non risulta egodistonico anzi, è spesso considerato salvifico dal paziente stesso, per cui il terapeuta si ritrova a lavorare con resistenze al cambiamento che sono "conscie" e ben difese².

Il contratto terapeutico prevede la sottoscrizione di impegni e regole da rispettare e la condivisione degli obiettivi da raggiungere. Gli impegni sono legati alla frequenza, ai comportamenti da tenere in comunità (con particolare attenzione all'uso di violenza sia fisica che verbale, che diventa il principale motivo di espulsione dal gruppo e dal progetto terapeutico), alla partecipazione a tutte le attività, comprese quelle terapeutiche, e alla riservatezza su quanto succede nel gruppo. Nel caso di persone con problemi penali, il contratto prevede anche il nostro dovere di relazionare sul comportamento complessivo al Magistrato competente e questo fa sì che

¹ I Servizi pubblici per le dipendenze hanno la competenza di formulare una diagnosi e di predisporre un programma terapeutico, procedendo – eventualmente – agli invii presso le strutture del privato sociale o terzo settore convenzionate.

² Citiamo il caso di Antonio, un utente con una lunga storia di devianza che, sottoposto a diversi test diagnostici come l'MMPI e le tavole di Rorschach, è risultato con i valori medi su tutte le scale. Ad un colloquio di approfondimento è emerso che, avendo fatto questo tipo di test dall'età di quattordici anni, aveva memorizzato tutte le risposte e poteva risultare con diagnosi cliniche diverse a seconda delle esigenze del momento.

sull'aspetto della dipendenza da sostanze il lavoro clinico sia condiviso mentre, sugli aspetti di devianza sociale, vi sia spesso un falso accordo.

Il condizionamento legato all'esecuzione della pena si ripercuote in molti momenti: da un punto di vista clinico affrontare il tema della ricaduta nell'uso delle sostanze non è facile ma è una tappa del lavoro terapeutico, in questi casi – però - poterlo affrontare viene vissuto come una minaccia e come rischio di perdita di libertà³.

Nella stesura del contratto terapeutico vengono declinati anche gli obblighi degli operatori e definito il margine di lavoro per cui la segnalazione di una ricaduta con l'uso di sostanze non è obbligatoria; questo è un tentativo di restituire alla comunità e al gruppo la valenza di luogo di cura e non di espiazione di una pena.

All'interno di un contesto di comunità terapeutica, il setting di cura è diffuso; al fine di creare un contesto comunicativo condiviso con gli ospiti, si utilizza un linguaggio più colloquiale e di sovente si "sfruttano" anche le situazioni apparentemente estranee alla terapia per ridefinire aspetti interni e dinamiche relazionali all'interno del gruppo. Tale situazione, richiede agli operatori una maggiore vicinanza ai pazienti, affinché vengano colti elementi al di là dello spazio del colloquio, spazio generalmente pregno di difese e manipolazioni messe in atto dagli utenti. I momenti lavorativi e ricreativi, non avendo l'etichetta di terapia, permettono un abbassamento delle difese ed è a partire dalla partecipazione attiva a questi momenti che l'operatore può cogliere elementi da ridefinire e su cui metacomunicare nel qui e ora. Tale lavoro viene poi ripreso all'interno dei gruppi per dare una maggiore struttura al pensiero e alla riflessione con un processo di mentalizzazione e permette a persone che non hanno una cultura della terapia di risignificare ciò che accade fuori dalla stanza di terapia, riconoscendo importanti aspetti emotivi e risposte comportamentali messe in atto. Gli operatori, privi del camice, devono fare un lavoro di internalizzazione del setting terapeutico per non scivolare in una relazione amicale o collusiva e tale lavoro deve essere sostenuto da una supervisione sia clinica che di processo.

La cultura dominante del gruppo è legata a modelli culturali devianti o di strada per cui si deve evitare in qualsiasi forma di essere segnati dal marchio di "infame" o di "spia". Ciò si traduce in un tacito accordo tra i membri del gruppo in base al quale è vietato segnalare agli operatori un momento di difficoltà di un compagno, in quanto tale azione non rappresenterebbe una richiesta di aiuto ma il tradimento di un tacito accordo di omertà. Questa cultura contrasta, ovviamente, con le regole della comunità che prevedono il confronto, la comunicazione e la metacomunicazione su qualsiasi atteggiamento tenuto all'interno della struttura o fuori.

Alcuni gruppi su temi di attualità servono a "allenare" i membri alla discussione in gruppo, alle regole interne della comunicazione e, soprattutto,

³ La legge prevede l'obbligatorietà della comunicazione dei risultati positivi dei drug test al Magistrato di Sorveglianza in caso di affidamento terapeutico.

alla capacità di esprimere una propria idea, di condividere un'emozione o un'esperienza.

Alcuni temi portati dagli ospiti o facilitati dal terapeuta vengono utilizzati in maniera metaforica e simbolica per parlare di sé senza la paura di doversi scoprire troppo e rendersi vulnerabili, come vedremo nel caso clinico presentato a seguire.

Le resistenze alla terapia fanno sì che il gruppo oscilli sempre fra superficialità e approfondimento, fra disimpegno e condivisione emotiva. Le resistenze conscie si sposano con le resistenze più profonde creando all'interno del gruppo ruoli e regole per tenere sotto controllo la dimensione emotiva, per cui – puntualmente – nel momento in cui la tensione emotiva cresce, qualcuno interrompe il processo con i pretesti più banali (uscire dalla stanza del gruppo per andare a prendere l'acqua o per andare in bagno) o allentando il clima attraverso l'ironia e la sdrammatizzazione. Questi rappresentano movimenti protettivi verso sé e verso i propri compagni, al fine di arginare l'estrema fatica di un lavoro volto al riconoscere, verbalizzare e metabolizzare alcune emozioni. Il ruolo del terapeuta deve dunque garantire il gruppo dalle sue paure e assumere il ruolo del contenitore delle angosce rimandando a tutti, attraverso il loro linguaggio, una visione altra da quella stereotipata che hanno di loro stessi, delle loro relazioni e del loro destino futuro e riuscendo ad accogliere le angosce e le emozioni allo stato primitivo che emergono, restituendole al gruppo bonificate, dunque *pensabili*, operando la trasformazione che, nel modello “digestivo” bioniano, si configura come passaggio da elementi beta a elementi alfa, passaggio spesso inesperto da questa tipologia di utenti e impedito dalle sostanze nella loro storia di tossicodipendenza.

Il caso di Cesare

Cesare è un politossicodipendente con significativi problemi di alcolismo e di salute. Quando viene a chiedere aiuto presso la struttura ha circa 60 anni ed è agli arresti domiciliari. Cesare, durante la fase di valutazione, non si limita a riportare verbalmente il proprio problema ma lo agisce presentandosi ubriaco ai colloqui in prima mattina. Al termine di questa fase accetta il contratto terapeutico che, come prima clausola, prevede l'astinenza dall'alcool. Il lavoro di base in comunità, inizia ponendo il focus sulla cura di sé, per cui gli operatori e il gruppo lo sostengono in una dieta per migliorare le sue condizioni di salute non ottimali. Si sente molto supportato da tutti e in pochi mesi raggiunge un quadro clinico positivo, tenendo sotto controllo le varie patologie legate all'alcolismo e all'uso di droghe che nel corso degli anni si sono cronicizzate. Il rinforzo positivo del gruppo lo spinge ad aprirsi rispetto alla propria storia e a lavorare sugli aspetti di tipo paranoico/persecutorio o, per usare la sua stessa definizione, da “*rosicone*”. Attraverso il genogramma riesce ad elaborare il lutto del padre, morto quando Cesare aveva 20 anni e a seguito del quale l'uomo inizia la sua carriera deviante di tossicodipendente e

di spacciatore, che lo porterà più volte a svariate e lunghe carcerazioni. Nel lavoro sulla sua storia familiare, emerge che Cesare è cresciuto sia nella famiglia nucleare che in quella allargata come il principe ereditario, viziato e coccolato, mantenuto in uno stato mentale infantile in cui tutto gli è dovuto, non ha doveri e non si assume e nessuno gli fa assumere alcuna responsabilità. Questo funzionamento è pervasivo e riguarda tutti gli ambiti, compreso quello economico, per cui le risorse economiche non sono gestite in funzione delle esigenze del nucleo familiare ma solo pensando ai propri bisogni.

Dopo il periodo di obbligatorietà della frequenza, chiede di poter restare in comunità perché non riesce a fare un progetto alternativo, in quanto ha una invalidità che non gli permette di fare lavori manuali e non ha altre competenze, e sente l'esigenza di rimanere in un "luogo protetto". Nonostante non abbia mai avuto esperienza nel settore, Cesare si offre come volontario in qualità di cuoco per la mensa interna della comunità. Questa mansione mette l'uomo a confronto con la sua ansia di non essere in grado di portare a termine i compiti prestabiliti, la sua paura di essere giudicato come non all'altezza e questo carico di responsabilità per lui non familiare, lo porta ad essere spesso nervoso e aggressivo nella fase iniziale.

Vi è un crocevia molto importante nel suo processo evolutivo, quando agli ospiti della struttura viene proposto di lavorare sulla percezione di sé, attraverso i disegni. Cesare disegna un cappello da cuoco, a rappresentare il ruolo che sente di aver ormai assunto all'interno del sistema. Nel gruppo gli viene restituita la funzione simbolica del pasto che garantisce agli ospiti ogni giorno che rappresenta altro oltre all'aspetto prettamente materiale; la capacità di organizzare i suoi tempi e le sue attività in modo da essere puntuale e rispettare l'orario del pranzo ogni giorno, la sua preoccupazione rispetto a quale sarà il risultato finale da offrire ai suoi compagni che si è trasformata da ansia da prestazione in forma di cura verso gli altri, la responsabilità che si assume nella gestione del modesto budget a disposizione, hanno una valenza molto superiore al semplice nutrire gli ospiti. Si tratta di un nutrimento di altro tipo in cui, attraverso il cibo, Cesare trasmette l'affetto e la gratitudine nei confronti del servizio e del gruppo. Cesare, non confrontandosi mai con l'aspetto delle responsabilità in quanto tutto gli era dovuto poiché esisteva, in realtà celava un grande senso di inadeguatezza; il misurarsi con le difficoltà di un compito, lo ha portato a poter riscoprire le sue risorse e competenze, sentendosi meritevole in maniera autentica. Nel gruppo si apre al pianto, accogliendo la restituzione che gli viene fatta dagli altri e riconoscendosi gli aspetti di affidabilità e responsabilità da una parte, ma anche di adeguatezza dall'altra, che mai era riuscito a vedere prima in sé stesso.

Conclusioni

La sfida che stiamo affrontando è quella di usare strumenti raffinati e complessi con persone che, oltre alle resistenze psicologiche, hanno anche strumenti culturali limitati. La fatica è quella di tenere il timone della conduzione del gruppo anche quando sembra che si faccia travolgere dai marosi delle difese con comportamenti inadeguati quali la non osservanza delle più basilari regole comunicative o il tentativo di dettare i tempi e i modi di conduzione del gruppo da parte di qualche utente, senza scivolare nel controllo ossessivo secondo lo stile dell'infermiera Ratched in *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (1975). Concependo la tossicodipendenza come forma di automedicazione (Cancrini, 1982), risulta evidente la necessità, da parte dell'individuo con problematiche di dipendenza, di ergere difese forti e massicce a fronte di un lavoro che rischia di far emergere i nodi problematici della sua esistenza in un momento in cui il proprio scudo, il proprio rimedio d'elezione a tali situazioni (la sostanza di abuso) viene a mancare. Questo richiede al terapeuta di accettare e rispettare le resistenze del paziente, facendo un lavoro che non sia di abbattimento delle stesse ma fornendo al paziente un'alternativa al loro utilizzo (Cancrini, 1987), in modo che questo non debba più ricorrervi poiché, nel suo bagaglio, sono ora presenti nuovi strumenti più funzionali. Il fatto che all'interno del gruppo vi siano persone che acquisiscono questi strumenti con modalità e tempi differenti fa sì che questo processo sia centrato sul singolo ma che si debba tenere ampia considerazione del contesto in cui avviene in quanto, trattandosi di un sistema autopoietico, è il gruppo stesso ad esserne motore e, dunque, può rallentare o facilitare tale maturazione, seguendo le spinte omeostatiche o morfogenetiche proprie dei sistemi complessi.

Bibliografia

Bateson G., *Mente e natura*, Milano, Adelphi, 1979

Bion W.R. (1962) Una teoria del pensiero. Tr. it. in: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970.

Cancrini L., *Quei temerari sulle macchine volanti: studio sulle terapie dei tossicomani*, Roma, Nuova Italia Scientifica, 1982.

Cancrini L., *La psicoterapia: grammatica e sintassi*, Roma, Nuova Italia Scientifica, 1987.

Cialdella M., *I labirinti della dipendenza, nuovi fenomeni, nuove vie d'uscita*, Roma, Kappa, 2005.

Neri C., Patalano R., Salemme P., *Fare gruppo nelle istituzioni*, Milano, FrancoAngeli, 2014.

Coletti M. a cura di *Le comunità terapeutiche: dopo la caduta del mito*
Quaderni di Itaca Cedis, 1997.

Germana Cesarano - Psicologa, psicoterapeuta, responsabile della
Comunità diurna Magliana 80

Mail: germanacesarano@gmail.com

Francesca Sicoli - Psicologa Comunità diurna Magliana 80

Mail: francesca.sicoli1988@gmail.com