

Rituale e spontaneità nella clinica e nell'organizzazione delle Comunità Terapeutiche

In questo lavoro prenderò la licenza di usare il termine “curanti” invece che “operatori”. La preferisco perché “operatori” rimanda troppo direttamente all'operatività e al fare piuttosto che all'ascolto e al pensare. Inoltre, poiché vige la consuetudine che il medico o lo psicologo vengano comunemente denominati per mezzo della loro stessa qualifica professionale, oppure chiamati terapeuti ma mai operatori, si crea una gerarchia nominale che può essere d'impiccio se vogliamo tendere alla democrazia in comunità.

Come dichiarato nel titolo, le riflessioni che seguono hanno come tema la dialettica tra ritualità e spontaneità nella clinica e nell'organizzazione delle Comunità Terapeutiche e sono debitrice alle idee della psicoanalisi relazionale e costruttivista (M. Gill, J. Greenberg, S. Mitchell, A. Model, I. Hoffman e altri), in particolare alle riflessioni espresse nel libro di I. Hoffman *Rituale e spontaneità in psicoanalisi*. Proverò a riassumere brevemente i punti che mi interessano e aggiungerò alcune considerazioni personali sul tema.

I. Hoffman osserva la scena analitica e mette a confronto dialettico gli aspetti rituali e quelli spontanei che segnano inevitabilmente la vicenda del rapporto tra terapeuta e paziente. Da un lato l'apparato rituale della psicoanalisi, di cui fanno parte il “setting” e le sue regole, definito come quell'insieme di procedure che stabiliscono specificamente un contrasto privilegiato di potere e prestigio tra le parti coinvolte, creando una situazione di *asimmetria*: nel caso dell'analista si tratta di un apparato che lo eleva ad un livello speciale di sapere e autorità, il sapere terapeutico. Dall'altro lato l'area della spontaneità parla della personalità dell'analista, alla quale oggi abbiamo imparato a dare il giusto peso, ossia dei suoi gusti, dello suo stile, delle sue credenze, delle sue fragilità e delle sue idiosincrasie: tutti aspetti che rivelano la sua somiglianza e *simmetria* al paziente, altruista, creativo, generoso e saggio ma anche narcisista, egoista, vulnerabile. L'idea centrale del libro è che una terapia “valida” si muove all'interno dell'intreccio di questi due elementi irriducibili. Il rapporto tra le due polarità viene definito dialettico per indicare che l'uno non può esistere senza l'altro e che la dinamica tra le due richiama la prospettiva gestaltica “figura/sfondo: quando il primo è in evidenza l'altro costituisce lo sfondo e viceversa. La mente del curante e la relazione col paziente sono continuamente immerse in questa (scomoda) dialettica che non può mai risolversi in uno dei due elementi.

Altra idea cardine è che la personalità del terapeuta si rivela nelle scelte che egli immancabilmente compie, e che queste sue scelte, non potendo appartenere solo all'ordine della teoria e dell'oggettività, possiedono un'inequivocabile valore morale e

contribuiscono a indirizzare la vita del paziente in una direzione piuttosto che in un'altra. Detto altrimenti, per quanto approfondita sia l'analisi del transfert e del controtransfert noi non possiamo neutralizzare i nostri pregiudizi fino a renderli elementi trascurabili. In una certa misura, che ci piaccia o meno, siamo coinvolti come mentori dei nostri pazienti. Sottolinea ancora Hoffman: *"Noi dobbiamo cercare di agire con saggezza anche quando riconosciamo che la nostra saggezza (clinica) è sempre estremamente personale e soggettiva."* Vedremo quali possono essere le implicazioni di queste considerazioni in ambito della cura comunitaria.

In che modo quanto esposto sopra riguarda la clinica e l'organizzazione delle Comunità Terapeutiche? Cosa possiamo dire del nostro lavoro osservandolo da questa angolatura? E ancora, cosa implica ipotizzare che vi sono aspetti morali nel lavoro terapeutico delle Comunità?

Partirei dalla constatazione che la Comunità è principalmente una cura di gruppo, che si vive in spazi comuni e si fanno attività di gruppo, e sono più sfumate le differenze tra ciò che è pubblico e ciò che è privato. Ma soprattutto, la relazione curante/paziente oscilla continuamente, e talora violentemente, tra momenti di uguaglianza e simmetria a momenti di divisione netta e rituale tra i due gruppi. In alcune situazioni si sta alla pari (i pranzi, le gite, il bagno in piscina), mentre in altre si occupa una posizione del tutto sbilanciata ove l'uno è depositario dell'autorità, della salute, del sapere terapeutico, l'altro è il malato, portatore di tutta la devianza sociale e psicopatologica. Un infermiere può passare in un'istante dal gioco scanzonato col biliardino alla somministrazione della terapia psicofarmacologica, azione che ritualizza in modo inequivocabile le differenze di status. Nella vita di Comunità il tema del rapporto tra i momenti rituali che attribuiscono potere e i momenti di apertura al modo della spontaneità che creano parità e reciprocità assume un rilievo particolare. Più ancora, senza dubbio, che durante un trattamento psicoterapeutico.

Poter transitare con facilità da un'area all'altra costituisce una delle caratteristiche peculiari della cura comunitaria. La possibilità di passare liberamente ad un modo di relazionarsi diretto e autentico contribuisce alla creazione dell'agognato "buon clima di comunità"; d'altro canto è essenziale saper "rimettere il camice" quando venga richiesto di essere saldi di fronte all'angoscia dei pazienti oppure di testimoniare che esistono la realtà e i suoi limiti. Il gioco di alternanza tra i due modi relazionali rende la cura in Comunità tanto diversa, e talora tanto sorprendentemente efficace, rispetto a quella degli altri presidi di cura, ospedalieri o ambulatoriali.

Ma come regolare questa dinamica perché lo spontaneismo o il suo contrario non abbiano il sopravvento? Come fare perché si crei e si mantenga una dialettica feconda tra le due dimensioni relazionali?

Difficile dare una risposta univoca. Intanto essere consapevoli del problema è il dato di partenza fondamentale, tanto che dovrebbe essere uno di punti all'ordine del giorno di ciascuna riunione d'équipe. La consapevolezza dell' interdipendenza dialettica del fenomeno dovrebbe indurci ad una certa prudenza, suggerendo un atteggiamento critico nei confronti dei moti di “purissima spontaneità” verso gli ammalati. Una parte di noi dovrebbe sempre auto osservarsi mentre agisce, anche mentre beve un caffè, certo, possibilmente, senza divenire ingessati. Mi verrebbe da proporre, a guisa di bussola metaforica, un costrutto ossimorico da tenere nella mente: “spontaneità... meditata”!

Come gruppo, la Comunità necessita di regole, non a caso questo tema assilla ogni Comunità sia nei suoi primi passi di fondazione che nella sua quotidianità. Ed è ben comprensibile perché le regole di Comunità possono essere comparate alle regole del setting senza le quali nessuna terapia può avere luogo. Ogni Comunità si dà le proprie regole per definire confini, finalità, compiti, norme di sicurezza e convivenza e molto altro. Credo inoltre che in Comunità si discuta tanto delle regole perché rappresentano un argine alla confusione e allo spontaneismo.

Si potrebbe dire che la regola metta o segni un limite alla spontaneità/disponibilità dei curanti che non può mai essere totale, a meno di muoversi nel territorio delle relazioni patologicamente e perversamente simbiotiche. Un rischio che spesso viene corso vivendo in Comunità insieme ai pazienti, perché si cade nella tentazione semplificatoria di risarcirli subito e di offrire concretamente loro l'amore che non hanno ricevuto, confondendo il presente col passato, la anamnesi con la cura e finendo col precipitare insieme al paziente in relazioni non sostenibili se non anti-terapeutiche.

Da questo punto di vista le regole dovrebbero non solo essere “adeguate” nella forma, nel contenuto (e nel numero!), ma altresì capaci di *centrare il punto* oltre il quale non è opportuno vada la spontaneità e la disponibilità. Perché le regole possano assolvere a questa funzione bisogna che siano sufficientemente chiare. L'errore più comune è confondere la flessibilità con l' ambiguità. L' ambiguità è interna alle cose umane, immanente al sistema comunità e al suo mandato sociale. Sta a noi cercare di risolvere al meglio il problema dell'ambiguità con una serie di regole chiare, flessibili, che permettano di muoverci nella loro cornice con una sicurezza sufficiente da consentire un uso creativo della nostra spontaneità nel rapporto con i pazienti.

L'équipe è un altro luogo di gruppo - concreto ma anche psicologico - ove si può provare a governare la questione che stiamo trattando. La nostra attenzione va posta non solo al funzionamento dell'équipe reale, quanto piuttosto alla *rappresentazione che di essa si forma nella mente* dei curanti. Da essa dipende il buon equilibrio tra la sicurezza offerta dal gruppo e il rischio della libera spontaneità del singolo. La rappresentazione dell'équipe dovrebbe sedimentarsi nella mente di tutti sia come luogo sicuro che sappia indicare *in*

modo netto la strategia del gruppo e la direzione da tenere sia al contempo come luogo ampio che *accolga la spontaneità* dei suoi membri, anche quando questi ultimi siano condotti all'errore per aver seguito troppo impulsivamente il loro istinto. Nel parlare di questa specifica funzione mentale del gruppo ci muoviamo in un terreno culturale agli antipodi della ricerca del colpevole, dirigendo piuttosto la nostra attenzione ai modi nei quali il gruppo influisce sulle azioni dei singoli: al concetto di responsabilità di gruppo. Ovviamente ciò non significa che non vi siano circostanze nelle quali la responsabilità individuale non debba essere individuata, ma è indispensabile che il gruppo di lavoro sia organizzato affinché le due funzioni descritte vengano tenute distinte ed entrambe efficaci. Per associazione, mi viene in mente quanto diceva Pasolini, poeta e regista italiano oggi grandemente citato per le sue lucide analisi politiche e sociali, a proposito dei fatti di cronaca nera degli anni 70: egli sosteneva che non venisse sufficientemente dato rilievo e attenzione al contesto culturale e sociale del crimine e che questa fosse un'occasione perduta per capire i difetti e le criticità degli anni del "boom italiano". Chissà cosa saremmo noi italiani se avessimo seguito i suoi suggerimenti di poeta...

In linea col pensiero di Bion, un gruppo di analisti italiani ha studiato gli aspetti conformistici della mentalità di gruppo e ha segnalato il pericolo che scaturisce dall'abnormità del fenomeno quando non viene lasciato alcuno spazio per l'emergere dell'individualità. Ad una analisi un po' più approfondita, ci si accorge della necessità di smussare la netta contrapposizione, da me stesso appena riproposta, tra la *sicurezza* offerta dal lavoro di gruppo (rituale, organizzato, "conformista") rispetto al *rischio* sotteso alla iniziativa del singolo. Il rapporto tra i due elementi è nuovamente dialettico. Sappiamo infatti per esperienza quanto sia nocivo e mortificante un gruppo di lavoro che sappia solo lavorare all'unisono e perda con ciò la possibilità di avvalersi dello specifico contributo del singolo individuo. Il singolo con la sua spontaneità rappresenta per il gruppo una sorta di *organo di senso metaforico* che ne arricchisce le capacità percettive e di pensiero. Altrimenti il destino è quello di divenire un gruppo morto, incapace di creatività, autoreferenziale, chiuso. Se prendiamo per esempio il problema del rischio suicidario dobbiamo riconoscere che al netto di tutte le buone procedure pensate per prevenire questo drammatico evento, può capitare che un paziente apparentemente sereno (che chiamerò Davide) comunichi il proprio intento autosoppressivo solo ad un *determinato* curante col quale condivide uno dei momenti informali di cui è ricca la vita di comunità. Il curante potrà accorgersi dell'imprevisto relazionale e porsi in ascolto profondo di quella comunicazione d'angoscia solo se dentro di lui si è costituita l'idea di poter *pensare in proprio e farsi un'opinione* al di là di quello che, magari qualche ora prima, era stato discusso in équipe. Commenti del tipo "...adesso Davide sta proprio molto bene, ... è davvero un buon periodo per lui, ... che bello quando inizierà il tirocinio lavorativo" e altre considerazioni di questo tenore non devono colonizzare la mente del curante impedendogli

di “vedere” ciò che ha davanti agli occhi! Naturalmente si potrebbero fare molti altri esempi ma sono certo che ognuno di noi cercherà i propri nella sua esperienza. Di conseguenza, nel suo lavoro di routine, l'équipe **deve** essere capace di astenersi dalla ricerca dell'accordo plebiscitario e saper decidere con chiarezza anche in assenza del voto all'unanime. Nella mente dei curanti vorremmo vi fosse la rappresentazione di una équipe democratica, in grado di contenere i diversi punti di vista e di accettare la dissidenza. Il rischio, sull'altro versante, è quello di una rappresentazione del gruppo di lavoro come una dittatura, circostanza infelice ma non rara.

Se abbiamo chiamato in causa l' équipe non possiamo dimenticare l'importanza della leadership nel dare forma alla cultura e all'organizzazione della Comunità. Partirò subito con un'esemplificazione che chiarifica quanto vorrei discutere rispetto all'argomento. In una Comunità, di fronte al problema dell'uso di facebook e dello scambio di “amicizia” con i pazienti, la Direzione non prende posizione considerandola una questione di scarso rilievo; il commento al proposito è “...in fondo non c'è nulla di male ad essere un po' leggeri, perché non si può limitare la libertà dei lavoratori, perché si può sempre non rispondere ai messaggi dei pazienti e segnalare in questo modo la non disponibilità...” e così via. Questa posizione viene ribadita nonostante la Coordinatrice riporti che, passata la prima fase di entusiasmo per questo modo “tanto innovativo di condivisione”, i più ingenui e i più disponibili tra i curanti si lamentano delle accese critiche espresse dai pazienti e delle inevitabili rivalità tra chi ha l'accesso “all'amicizia” e chi no.

Ci troviamo in questo caso confrontati con un'atteggiamento della leadership che, dietro l'apparente facciata libertaria e buonista, nasconde l'incapacità di prendere una posizione responsabile che tracci un confine tra vita privata e vita professionale. In questo modo, prima di tutto i pazienti non vengono protetti dal contatto con le parti meno professionali e forse più patologiche dei curanti e in secondo luogo i curanti stessi non vengono aiutati ad evitare di cadere nella consueta falsa promessa di essere completamente disponibili. Per quanto possa sembrare grottesca la scenetta sopra riportata, sono situazioni che si presentano con una certa eventualità in un' epoca come la nostra, segnata dalla mancanza del senso di responsabilità personale e dalla cosiddetta “evaporazione” della funzione paterna.

Quanto riportato è una scenario tra i molti altri simili che si potrebbero individuare. Per il nostro discorso mi preme sottolineare che tra le funzioni della leadership vi è quella di fungere da *sentinella* che segnala e regola quei fenomeni non ancora visti e normati dal gruppo a rischio di allontanare l'istituzione dal suo compito primario, nel nostro caso quello di curare, alleviare l'angoscia, rimettere in cammino. Più avanti si capirà dall'esperienza e si deciderà se e come la condivisione su facebook aumenti le capacità terapeutiche di una Comunità. Bisogna quindi che sia presente e ben visibile una leadership che sappia

scegliere senza conformarsi sempre al pensiero del gruppo (vi vengono in mente i nostri politici?) e che sia in grado qualche volta di assumersi la propria responsabilità in solitudine. Una leadership che si offre come tutela e garanzia di un ordine contestuale all'interno del quale le parti libere e spontanee di ciascuno possono esprimersi in maniera creativa e non confusiva.

In chiusura propongo di prendere in esame una questione che tendiamo a discutere poco, ossia quella degli *aspetti morali* del lavoro in psichiatria, in particolare nel trattamento di Comunità. I. Hoffman ci invita a considerare la saggezza clinica come uno dei requisiti importanti per fare bene il mestiere dello psicoanalista perché, una volta assodato il contributo ineliminabile della sua personalità al processo terapeutico, ne consegue che le sue "scelte" specifiche influiscono sulla vita del paziente e sul suo sviluppo.

L' articolazione logica che lega spontaneità, personalità e morale è piuttosto chiara: la spontaneità è uno dei modi di manifestarsi della personalità, le credenze e le opinioni morali rappresentano i pilastri della personalità di ciascuno. Anche il nostro Zapparoli, psicoanalista italiano che si è lungamente dedicato allo studio e alla cura della psicosi, era molto interessato al tema della "naturalzza" del terapeuta e aveva ripetutamente avvertito della necessità di usare molta "saggezza clinica" nell'incontro con il malato.

Perché tali argomenti non ci dovrebbero riguardare, anzi perché non dovrebbero riguardare ancor di più proprio noi che lavoriamo in Comunità? A me pare che nel nostro contesto professionale le questioni morali siano ancor più presenti e cogenti che nella psicoterapia bipersonale, sia in virtù dell'ambiguo mandato sociale di cura e di custodia, sia per via del fatto che le istituzioni stesse hanno l'esigenza, per sopravvivere, di mantenersi legali e ordinate, sia infine a causa della grave patologia della quale ci occupiamo e delle implicazioni legali e morali che questa comporta.

I pazienti soggiornano presso le nostre Comunità per periodi più o meno lunghi e le loro vite vengono impregnate dai valori morali che vi albergano, dichiarati o meno. Questioni come la sessualità, la fedeltà nella coppia, il rapporto con la legge e le istituzioni, l'uso dell'aggressività e i suoi limiti, la fede e la religione, la consapevolezza della morte e l'alternativa del suicidio non sono solo argomenti clinici. Penso bisognerebbe discuterne apertamente, dedicare tempo a questi temi squisitamente umani, cercare di contrastare la tendenza ancora oggi in voga che vorrebbe che il nostro tempo fosse speso nell'assegnare valori numerici ad ogni cosa, quantificare il tutto e possibilmente inserirlo in un database. Negare questo fatto come talora avviene e non dedicarvi il tempo e l'attenzione dovuta all'interno del gruppo curante (e se fossimo bravi anche all'interno del gruppo dei pazienti!) trasforma i dilemmi morali, passibili se pur con fatica di una discussione in gruppo, in accese dispute moralistiche, che esplodono imprevedute in modo radicale e dicotomico. Tali dispute si impongono per la loro violenza e inevitabilmente trascinano tutta la Comunità verso un funzionamento primitivo nel quale non c'è posto per il pensiero. Le considerazioni si fanno rissose e non pacifiche, intolleranti e non conciliative, parziali e non eque, eccessive e non moderate. A mia opinione quindi l' équipe dovrebbe potersi costituire come un luogo di controversie morali oltre che di discussioni cliniche, affinché possa fungere, essere riconosciuta e costruita da tutti la "Personalità" e la cultura della

Comunità dove si lavora.

Mi rendo conto che questa proposta potrebbe dare l'impressione che io parli di qualcosa che eccede i compiti della équipe curante e che essa si vedrebbe sobbarcata di ulteriore lavoro in un'epoca di ristrettezze di risorse. Credo però valga la pena interrogarsi, ancora in linea con gli insegnamenti di Zapparoli, che ci spronava sempre a distinguere il "superfluo dall'essenziale", se questa non debba essere considerata una questione essenziale e ineludibile, qualcosa di cui non si può fare a meno perché la psichiatria, molto più delle altre discipline mediche, è un'impresa connotata in senso morale oltre che tecnico-scientifico.

Se, come dice il filosofo francese A. Badiou, *"la politica è una procedura di verità che riguarda il collettivo"* allora l'azione politica (di una Comunità) produce verità a partire da ciò di cui il (suo) collettivo è capace".

Luca Gaburri, Milano settembre 2013

Bibliografia

- Badiou. A. *Elogio dell'Amore*, Neri Pozza, 2013, Vicenza
Bauman Z. *Voglia di Comunità*, Laterza, 2008
Benasayag M. Schmit G. *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, 2011, Milano
De Crescente M. *La politica delle Comunità Terapeutiche. Saggi brevi su teoria e pratica*, Alpes Italia, 2011
Gaburri E. Ambrosiano L., *Ululare con i lupi: conformismo e reverie*, Bollati Boringhieri, 2003, Torino
Gaburri L. *Indicazioni alla Cura Comunitaria* in "Le Comunità Terapeutiche" a cura di Ferruta A. Foresti G. Vigorelli M. Raffaello Cortina, 2012, Milano.
Gaburri L. *Confini del pubblico e del privato nelle Comunità Terapeutiche*, Convegno di Mito e Realtà, Novembre 2010, Milano
Hinshelwood R.B. *Pazienti e operatori: creature una dell'altra*, Terapia di Comunità, 2001, [www. Terapia di Comunità.org](http://www.Terapia di Comunità.org).
Hoffman I. Z. *Rituale e spontaneità in psicoanalisi*, Astrolabio, 2000, Roma
Mitchell S.A. *Speranza e cambiamento in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, 1995, Torino
Olivetti A. *Democrazia senza partiti*, Edizioni di Comunità, 2013, Ivrea.
Pasolini P. *Scritti corsari*, Garzanti, 2002
Perini. M. *L'organizzazione nascosta* Franco Angeli, 2007, Milano
Racalcati M. *Cosa resta del padre*, Raffaello Cortina, 2011, Milano.
Zapparoli G. C. *Psicopatologia Grave: una guida alla comprensione e al trattamento*, Dialogos, 2008, Bergamo.

Abstract

L'autore, in linea con le riflessioni della psicoanalisi costruttivista, osserva le varie

declinazioni dialettiche degli aspetti rituali versus gli aspetti di spontaneità nella clinica e nella organizzazione delle Comunità Terapeutiche. Viene posto l'accento sulla necessità di una rappresentazione mentale della équipe capace di contenere e valorizzare entrambi gli aspetti. Viene inoltre discusso il ruolo della leadership nel governo di questi elementi dialettici. Da ultimo viene sottolineata l'esigenza di una maggiore attenzione agli aspetti "moralì" del lavoro in Comunità Terapeutica.