

ALESSANDRO DE LEO, ALESSANDRO PALA CIURLO,  
CLAUDIA SBARBORO

## **“Lo spazio aperto”: prendersi cura dal Chaos. Un’esperienza di lavoro all’interno della Struttura Complessa Dipendenze e Comportamenti di Abuso ASL 4 Chiavarese**

Il termine antico greco *chaos* riveste originariamente altri significati rispetto al concetto di disordine, disegnando le dimensioni di uno spazio aperto o beante, un primordiale “spazio vuoto” situato tra cielo e terra dal quale attinge un principio superiore per la formazione del cosmo, di un sistema ordinato e armonico. Esiodo nel 700 a.c. in *Teogonia*, nel suo poema religioso mitologico, ripercorre gli avvenimenti mitologici partendo dal Chaos primordiale sino al momento in cui Zeus divenne Re degli Dei: “Dunque, per primo fu il Chaos, eppoi Gaia, dall’ampio petto sede sicura per sempre di tutti gli immortali...”. Pertanto Chaos, un pò come lo “spazio aperto” del “nostro” Dipartimento, è sia un luogo di disordine, confusione, ma contiene in sè anche quelle accezioni di generazione, origine, nascita e cura.

La nascita del progetto di uno spazio di accoglienza dedicato e funzionale all’attività del Servizio Tossicodipendenze della ASL 4 Chiavarese è da collocare intorno al 1998-99. La maggior parte delle persone afferiva al Ser.T di Chiavari per assumere la terapia metadonica e la stessa strutturazione dell’edificio favoriva un contatto esclusivo con il paziente in occasione della somministrazione dei farmaci. I colloqui con gli operatori di riferimento si svolgevano su appuntamento in ambulatori al piano superiore della struttura, al quale si accedeva attraverso un’altra entrata più defilata. Gradualmente i pazienti iniziavano a fermarsi e a “sostare” maggiormente negli spazi del Servizio in prossimità della Somministrazione o subito fuo-

ri l'entrata dell'edificio, parlando in gruppo o scambiando qualche parola con gli infermieri. Questi momenti molto informali, per nulla strutturati e lasciati alla conversazione spontanea tra pazienti e con gli operatori, avevano creato gradualmente una nuova dimensione di scambio, divenuta col tempo consuetudinaria, anche grazie alla disponibilità degli operatori. Si è passato, quindi, da momenti di scambio e convivialità ad un vero e proprio riconoscimento della persona in quanto tale: ciò ha creato anche un pò di difficoltà nella gestione del lavoro, prevalentemente centrato sulla somministrazione del metadone.

In quel periodo, grazie all'attivazione di un progetto europeo che metteva in rete esperienze e buone pratiche nell'ambito delle tossicodipendenze, un gruppo di operatori del nostro Servizio e delle Comunità Terapeutiche del territorio ha avuto modo di visitare il SAPS-Sericio de atenció y prevenció sanitaria gestito dall'amministrazione comunale di Barcellona. L'edificio di più piani situato nel centro storico della città era strutturato a "Torre". Al piano terra aveva sede il "Caffè y Calor", un ampio locale arredato con vari strumenti atti a favorire la socializzazione: ping pong, calcio balilla, biblioteca, spazio lavanderia ecc. In una parte separata della sala i pazienti potevano prelevare le siringhe sterili ed eliminare quelle utilizzate. La struttura dell'edificio era poi organizzata in modo che a ciascun piano corrispondessero attività sempre più strutturate: al primo piano operava la Somministrazione della terapia metadonica, distribuita all'utenza attraverso uno sportello; al secondo piano un asilo nido, uno studio dentistico e un ambulatorio di terapie alternative; al terzo piano stanze colloquio con psicologi e assistenti sociali; al quarto e ultimo piano lo studio degli psichiatri. L'idea sottesa a questo tipo di strutturazione era di proporre un intervento a partire dalla "bassa soglia", per poi arrivare a percorsi più strutturati, specialistici e personalizzati. Una particolarità del SAPS era la dotazione di un bus di linea che effettuava un percorso a tappe con orari specifici per la somministrazione del metadone "su strada" nei diversi quartieri dell'area metropolitana. Sulla base di quest'esperienza, consapevoli del fatto che anche presso il nostro Servizio vi erano persone che avevano desiderio di "sostare" e fermarsi al Ser.T per più tempo, gli operatori hanno cercato di strutturare in maniera più funzionale i luoghi, anche fisici, di scambio e convivialità, al fine di favorire la relazione reciproca che si stava "spontaneamente creando". Si è deciso di utilizzare un locale (al piano superiore rispetto alla Somministrazione) inizialmente allestito con materiali forniti dagli stessi pazienti: si trattava dunque di oggetti di arredamento riciclati, rimessi in ordine assieme ai pazienti per allestire lo spazio comune. Gradualmente anche l'ASL stessa, seguendo i tempi istituzionali, ha investito risorse in

quest'attività, acquistando un televisore, un calcio balilla, riviste e quotidiani e la macchina per fare il caffè. La frequenza e la permanenza da parte dei pazienti si era intensificata nel tempo ed i luoghi inizialmente adibiti all'incontro erano divenuti insufficienti: si è iniziato quindi ad usufruire di un secondo locale e del corridoio adiacente. Le due stanze sono state soprannominate dai pazienti con i termini "calda" e "fredda". La "stanza calda" era quella allestita con il calciobalilla e dove pertanto si faceva rumore giocando. Nell'altra detta "fredda" si potevano leggere i giornali, guardare la tv e preparare il caffè. La vita di gruppo in questi spazi ha favorito una dimensione di coesione e di senso di appartenenza tra le persone e si è deciso pertanto di creare, assieme ai pazienti, un decalogo di regole per la buona convivenza. I criteri individuati dagli stessi erano severi ed intrasigenti e gli operatori hanno promosso la riformulazione delle regole con un linguaggio che accentuasse gli aspetti di proposta, scambio e condivisione piuttosto che quelli di divieto. I pazienti hanno accolto favorevolmente e con sorpresa questa modifica. In tale occasione si è deciso anche di dare un nome a tale spazio. In modo assembleare è stato denominato "Check Point Charlie" in analogia con la divisione e il posto di blocco esistente tra Berlino Est e Berlino Ovest. Il gruppo si è chiesto, a questo proposito, se non si stesse alludendo alla Guerra Fredda (forse la domanda che circolava riguardava anche la possibilità di comunicare e condividere in questo nuovo spazio). All'interno del decalogo i pazienti hanno inoltre verbalizzato il bisogno di creare uno spazio di "tregua" rispetto a furti, uso di sostanze e spaccio. Con il tempo gli operatori hanno osservato l'emergere di sottogruppi che frequentavano il "Check Point Charlie" alternandosi, evitando di incontrarsi per non creare situazioni di conflitto all'interno. A livello macro-sociale non sono mancati riconoscimenti, da parte della cittadinanza, di un insolito stato di "quiete pubblica", nel senso di una diminuzione della frequentazione, ad esempio nei giardinetti pubblici della città, di persone ambigue, ubriache, che spacciavano e si azzuffavano. È plausibile che si stesse parlando del nostro piccolo gruppo di 5-8 pazienti con i quali abbiamo costruito uno spazio alternativo alla strada.

Il "Check Point Charlie", aperto cinque mattine ed un pomeriggio a settimana, per il suo naturale evolversi era principalmente dedicato alla "bassa soglia", non motivata ad un percorso più strutturato all'interno del Servizio o di tipo residenziale-comunitario. Il target iniziale si è gradualmente modificato, anche in relazione ad un "contagio positivo" dei vari partecipanti rispetto ad un cambiamento di stile e prospettiva di vita. Successivamente, per motivi organizzativi, la struttura Ser.T si è trasferita, e nel 2003 i tre ambulatori (Sestri Levante, Chiavari, Rapallo), che fino a quel

momento utilizzavano modalità di lavoro differenti, sono stati unificati. Lo spazio della nuova sede a Lavagna con un ampio salone e la Sognnstrazione adiacente era ideale per dare continuità a tale progetto. L'attività è stata riaperta con due mattine a settimana, alcuni pazienti hanno deciso di non parteciparvi più per il cambio di luogo e di operatori, mentre nuovi pazienti sono arrivati. Per circa sei anni si è creato un alto *turnover* degli operatori, ad eccezione di un educatore professionale che ha mantenuto la continuità con l'esperienza di Chiavari e ha dato un nuovo nome coniando lo "Spazio Aperto 2.0", con l'idea di sottolineare la partecipazione attiva dell'utenza nella possibilità di co-costruire lo spazio, (in analogia con la denominazione del WEB 2.0). Nel 2008 grazie ad una maggiore stabilità e coesione del personale, si è ampliata la fascia di apertura del progetto portandola a tre mattine la settimana e strutturando maggiormente gli spazi e gli strumenti atti a favorire una socialità spontanea. La maggiore conoscenza ed affinità del personale impegnato nell'attività dello "Spazio Aperto" ha permesso gradualmente di definirne meglio gli obiettivi, strutturarne lo spazio e gli strumenti disponibili, creando anche una buona stabilità nei pazienti ad esso afferenti. La maggior parte dei pazienti che frequentano lo "Spazio Aperto" sono in cura con terapia sostitutiva. Essi possono scegliere come gestire il tempo di attesa che li separa dalla "sognnstrazione del farmaco". Possono decidere di aspettare il loro turno, attraverso apposito numero assegnatogli in base all'entrata, o partecipare allo "Spazio Aperto" mediato dalla presenza degli operatori e dalle attività informali semistrutturate lì presenti (caffè, tisane, giornali, computer, calcio balilla, ping pong ecc.) che hanno la funzione di creare possibili vie di mediazione tra il corpo, la parola e la relazione, nel rispetto dei propri bisogni e tempi (vi è un orario di apertura ed uscita all'interno del quale ogni paziente può rimodulare il proprio). Proprio in relazione alla predominante tipologia di pazienti che afferiscono (terapia sostitutiva, fase attiva nell'uso di sostanze, tendenza alla discontinuità, non tolleranza di setting ben strutturati, scarsa capacità di mentalizzazione, disregolazione emotiva, tendenza all'impulsività e all'agire ecc.) lo spazio si è strutturato dando particolare enfasi al supporto e alla emersione di attività "spontanee" e alla organizzazione di attività poco strutturate. All'interno delle quali ognuno è libero di partecipare e mettersi in relazione secondo i propri ritmi e bisogni. Proprio per il grave deficit dello "schermo protettivo" di tali pazienti e per la tendenza nel passare rapidamente dalla bramosia dell'oggetto alla fuga per il collasso del Sé, lo "Spazio Aperto", oltre alla presenza al suo interno degli operatori dedicati a tale area terapeutica, si è dotato di strumenti atti a facilitare e modulare lo scambio, la relazione e le dinamiche di gruppo. Tali strumenti sono rappresentati, ad esempio, dalla macchina del caffè di

libero accesso e gratuita, un tavolo di forma rotonda dove sono presenti giornali e riviste liberamente consultabili, la presenza di un locale dove poter accedere ad Internet e giocare alla "X-box" e la presenza di una libreria dove prendere in prestito libri e DVD. All'interno dello "Spazio Aperto" vengono proposte anche attività incentrate nell'area dell'ambiente, che prevedono la manutenzione del giardino del Servizio, la gestione dell'orto con la vendita anche agli stessi pazienti dei prodotti coltivati, una piccola gestione dei rifiuti attraverso il riciclo-compostaggio e momenti di convivialità attraverso la preparazione e la condivisione del mangiare. L'interesse di un gruppo di pazienti rispetto all'area "verde" ha recentemente permesso l'attivazione di un Gruppo di Acquisto Solidale (GAS).

Riportiamo in tab. 1 alcuni dati statistici relativi alle presenze dei pazienti nel corso degli ultimi anni:

Tabella 1. Accesso utenti (1997).

Anno	Contatti	Giorni di apertura	Media giornaliera	Rapporto M/F	Presenza media
2011	2.260	144	15	03/01	45 min.
2012	1.950	135	14	04/01	39 min.
2013	2.148	142	15	04/01	48 min.

*Legenda:* Contatti = numero complessivo di accessi in un anno; Media giornaliera = numero di pazienti che hanno partecipato in un giorno; Presenza media = partecipazione media per paziente al singolo incontro.

Partendo dal presupposto ideale che non dovrebbero essere i pazienti ad adattarsi ai servizi di cura preposti al loro trattamento, ma i servizi a strutturarsi ed organizzarsi per trattare i bisogni e le problematiche dei pazienti, andiamo a descrivere in maniera più approfondita la tipologia di pazienti che si riferiscono al nostro Servizio e le conseguenti motivazioni ed obiettivi della progressiva strutturazione dello "Spazio Aperto" quale luogo e strumento di cura all'interno del Ser.T. Tale tipologia può essere osservata da vari punti di vista: psichiatrico, descrittivo secondo l'inquadramento del DSM, sociale, psicodinamico-relazionale, educativo ecc. Dal punto di vista psichiatrico i disturbi più frequentemente presenti sono i disturbi di personalità (Disturbo Borderline e Antisociale) in comorbidità con la dipendenza da sostanze. Secondo un'ottica sociale, spesso i pazienti che afferiscono allo "Spazio Aperto" conducono vite caratterizzate da isolamento, esclusione dalla rete sociale, sino a partecipazione a gruppi di aggregazione maggiormente aderenti all'emarginazione e alla antisocialità. Dal punto di vista psicodinamico e delle modalità relazionali, l'u-

tente affetto da *addiction*, nel rapportarsi con l'Istituzione di cura, inevitabilmente mette in atto con le varie figure professionali che la compongono le modalità relazionali derivanti dalla sua storia e dallo strutturarsi delle proprie gruppaltà interne, in particolar modo inerenti l'organizzazione narcisistica, quali ad esempio:

- l'ipersensibilità: soffre l'adeguamento alle regole istituzionali (vissute come sottomissione), il Sé sopravvive solo se si afferma;

- l'incapacità a mediare e modulare tra vita istintuale e realtà, tra interno ed esterno a causa di un deficit dello "schermo protettivo" ("tutto e subito");

- l'appropriazione avida e onnipotente dell'oggetto esterno e la fuga e il ritiro relazionale per il timore di annullarsi nella relazione con l'altro;

- l'utilizzo del corpo e degli agiti: non hanno un Sé sufficientemente solido da garantire una condizione di fiducia di base e di fornire all'Io l'energia per affrontare il conflitto e l'esame di realtà (confrontati con la realtà tendono a divenire impulsivi e a contro agire gli aspetti normativi sentiti come un Super Io arcaico);

- la proiezione all'esterno di parti di Sé, alternanza e coesistenza di posizioni impotenti e onnipotenti, frammentazione;

- il portare un bisogno affettivo, relazionale, spesso negato.

Dal punto di vista educativo, nel rapporto quotidiano con tale tipologia di utenti l'azione professionale si confronta con una complessità tale da non poter predisporre aprioristicamente linee precodificate di risoluzione efficaci per i diversi nuclei problematici che si possono presentare. Il ricorso a rigidi protocolli d'azione predeterminati quale strategia d'azione per affrontare situazioni insolite, impreviste o nuove si rivela, infatti, del tutto fallace, in particolare, nel contesto della pratica dell'animazione pedagogica e sociale.

L'*expertise* – che qualifica l'intervento dell'operatore esperto in contesti caratterizzati da imprevedibilità, unicità e conflittualità e permette di "prendere decisioni in condizioni di incertezza" (Schön, 2006, p. 41) – si definisce non per l'applicazione tecnica di saperi teorici, bensì mediante un'abilità di tipo artistico che implica processi di pensiero complessi. Il sapere prassico che consente di agire efficacemente con saggezza in contesti indeterminati e densamente problematici non rientra allora tra i saperi certi, ma è un sapere essenzialmente fronetico (cfr. Mortari, 2003, p. 10).

L'*artful practice* (abilità artistica) – lungi dall'essere paragonabile ad un approccio basato sulla "messa in atto di intuizioni che sfuggono alle regole della logica" (pp. 87-88) – si fonda su "forme di razionalità e di competenze funzionali al riconoscimento ed alla definizione di problemi, alla messa



a punto di nuove ipotesi interpretative e risolutive degli stessi, alla costruzione di nuove forme di conoscenza” (Schön, 2006, p. 13). Ed è proprio attraverso la padronanza di precise abilità che il “pratico esperto” riesce, nei fatti, a interagire in maniera efficace e risolutiva con quelle “zone indeterminate della pratica” che sono fonte di incertezza, perplessità e dilemma agli occhi del “tecnico esperto” che orienta, invece, le proprie azioni in base a *iter* e procedure precostituiti: la pratica riflessiva mette, insomma, in forte discussione l’affidamento ad una “competenza cristallizzata” privilegiando una “competenza fluida” capace di interrogarsi criticamente sullo stato delle cose (cfr. Mortari, 2003, p. 33). La difficoltà di chi opera in questo contesto è, da un lato, nel rovesciare i paradigmi “dell’apprendimento professionale classico” attraverso l’adozione della “riflessione nel corso dell’azione” e, dall’altro, nel riuscire a *sostare* e mettersi in relazione all’interno di un setting poco strutturato, con tempi ampi, dilatati e imprevedibili, l’utilizzo del “tu” e il non utilizzo di un abbigliamento “uniforme” che demarchi ruoli istituzionali rigidi ed imposti aprioristicamente; in tal modo il valore e la funzione sono posti sulle risorse reali della persona e della relazione che si crea di volta in volta e nel tempo.

Nel caso specifico dei pazienti che frequentano lo “Spazio Aperto”, la spinta interna alla presa in cura, spesso, non è tanto una chiara motivazione al cambiamento ma un qualcosa di più indefinito collegato al bisogno, anche transitorio e fugace, di un’area di pausa, di gioco, di gestione del tempo libero all’interno di uno spazio informale di reciproca relazione ove si possa essere riconosciuti quali soggetti e oggetti di relazione. Si potrebbe dire, in altri termini, come il bisogno vitale di essere visti e sentiti quali “esseri umani”. Nella relazione con tali utenti le stesse aree narcisistiche degli operatori sono arduamente sollecitate, anche in relazione a proprie fragilità individuali, creando un’alterazione nell’organizzazione di cura e nel clima dell’équipe. È frequente osservare situazioni nelle quali alternativamente si passa da posizioni nelle quali un operatore si occupa onnipotentemente di una data situazione non collaborando con gli altri, ritenuti incapaci, ad altre fasi nelle quali il gruppo di lavoro si coalizza divenendo cinico, sadico e non empatico rispetto le problematiche del paziente. Ancora momenti nei quali il gruppo diviene indifferenziato perdendo le relative competenze professionali non più vissute come fonte di ricchezza e creatività, o altre fasi ancora nelle quali gli operatori dello “Spazio Aperto” vengono vissuti come qualcosa di estraneo se non addirittura in opposizione al Servizio. Per esempio, a fasi alterne, nel Servizio non è infrequente che una parte degli operatori si lamenti dei pazienti che giocano a calcetto mostrando insofferenza per il rumore e il clima eccessivamente “gogliardico”, non riconoscendo il valore di tali modalità di scambio e relazione

oltre al loro. La fatica costante degli operatori, e a volte l'impresa impossibile, è quella di essere attraversati dalle potenti emozioni dei pazienti e di riuscire a non esserne sopraffatti riuscendo a leggere i movimenti dei singoli utenti e del gruppo nel suo complesso riuscendo in tal modo a mantenere, per quanto è possibile, la coesione e la coerenza del gruppo di cura evitando eccessive frammentazioni e scissioni. Come osserva Correale (1991): "[...] molto spesso il coinvolgimento di più operatori risponde non solo ad esigenze obiettive ma, all'esigenza di far circolare presso altri un'emozione o un gruppo di emozioni dotate di tale potenza o intensità, che un singolo operatore non è, per lo meno in una certa misura, in grado di contenere dentro di sé". Adoperando l'immagine bioniana per il tema dell'accoglimento Correale specifica che:

"[...] l'insieme delle emozioni violente portate dal paziente tendono non già a localizzarsi in un punto ma a costituire un campo. Il campo costituito dalle emozioni del paziente e del suo gruppo tende a plasmare, a costituire, a indurre nell'équipe un campo in qualche modo corrispondente [...]. Indagare la disposizione delle figure coinvolte nell'équipe, la loro modalità di coinvolgimento, le sfaccettature che assume il problema ed i suoi versanti emotivi, diventa un modo per indagare il campo originario e le sue trasformazioni nel corso del suo processo di esteriorizzazione. Deriva da questo la grande importanza che il campo istituzionale sia dotato di quelle caratteristiche di elasticità, flessibilità e adattabilità [...]. Uno spazio penetrabile e permeabile, ma al tempo stesso dotato di capacità di costituire al suo interno limiti e precise differenziazioni".

Al fine di rendere possibile tale costante lavoro è indispensabile la intensa, profonda ed aggregante condivisione di ideali e obiettivi che permettono al gruppo di lavoro di acquisire una bussola che, anche nei momenti di frammentazione e di turbolenza emotiva, aiuti a mantenere o ritrovare la coesione e la via comune all'interno delle rispettive differenze. Tale ideale e obiettivo comune dell'équipe possiamo definirlo come la consapevolezza del valore fondante della relazione quale strumento primario della cura. Valore fondante che si esplica nel rapporto con gli utenti e con i colleghi all'interno delle reciproche differenze in un percorso integrato di cura. Al riguardo Carlo Zucca Alessandrelli ha introdotto il termine di "presa in carico multipla": operatori diversi nelle loro funzioni, ma in accordo tra loro, si prendono cura del paziente. "La presa in carico multipla" è una modalità di sentire, percepire e pensare che deve essere interna alla mente dell'operatore in modo tale che si crei all'interno dell'équipe un rapporto di collaborazione reciproca atta a fornire una risposta terapeutica integrata.



Pertanto possiamo dire che l'équipe di cura e lo "Spazio Aperto" presentano le potenzialità sopra menzionate, ma anche rischi da considerare in relazione alla tipologia e complessità del mondo interno di tali pazienti, delle loro gruppaltà interne e delle loro modalità relazionali. È possibile tracciare sinteticamente i seguenti rischi potenziali:

- riproporre lo stesso ambiente familiare vissuto dal paziente a causa dei meccanismi di intensa identificazione proiettiva insiti nella relazione colludendo col mondo onnipotente/impotente del paziente:

- creazione di coppia narcisistica (mondo onnipotente);
- delusione, cinismo (mondo impotente);
- perdita delle differenti competenze all'interno dell'équipe (frammentazione e indifferenziazione);
- identificazione con Super Io ed ideale dell'Io arcaico.

Durante l'ultimo anno di lavoro, all'interno dei percorsi di formazione in educazione continua in medicina è stato proposto un corso dal titolo "Accoglienza e bassa soglia nel Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze" con l'obiettivo di riflettere sull'attività dello "Spazio Aperto" anche in riferimento agli altri spazi di cura (somministrazione farmaci, colloqui di sostegno e di psicoterapia, gruppi psicoterapeutici, terapie farmacologiche ecc.) all'interno del nostro Ser.T. Era stata infatti colta una tendenza a isolare ed escludere lo "Spazio Aperto" dai restanti interventi di cura. Il corso si è mosso a partire da una riflessione iniziale sulle aspettative degli operatori (raccolte attraverso un'attività di *brainstorming*) e dei pazienti (raccolte attraverso brevi interviste) rispetto allo "Spazio Aperto", con l'obiettivo di creare una cultura condivisa all'interno del Servizio e favorire una maggiore integrazione e coesione tra gli operatori e gli interventi proposti.

È stato in seguito effettuato un lavoro interpretativo delle parole emerse dal *brainstorming* che ha consentito di individuare alcune aree tematiche collegate all'attività dello "Spazio Aperto":

- area della relazione;
- area della difficoltà;
- area del Servizio e degli interventi terapeutici strutturati (terapia farmacologica, psicoterapie);
- area relativa alle problematiche dello stigma e del pregiudizio rispetto alla tossicodipendenza;
- area ricreativa e della pausa-gioco.

Esempi di parole relative a ciascuna area sono visualizzabili nello schema posto in allegato.

La raccolta delle aspettative dei pazienti ha consentito di ribadire l'importanza, all'interno delle attività dello "Spazio Aperto", dell'aspetto di

informalità e gestione del tempo libero, contrapposto ad un mondo esterno che non sembra rispondere all'ambiente ritrovato dai pazienti allo "Spazio Aperto". Ci sembra interessante riportare le principali aspettative dei pazienti per specificare cosa intendiamo come "area ricreativa e della pausa-gioco":

- "Stare un pò più rilassata e tranquilla rispetto a fuori, dove è meno protetto".

- "Per rilassarmi, staccare la spina, cambiare aria".

- "Fare dei discorsi un pò più normali, parlare di cose diverse, più interessanti rispetto ai discorsi che faccio fuori".

- "Per uscire, non stare sempre in casa! Al posto di venire, bere e tornare a casa mi faccio due parole, mi bevo un caffè..."

Riteniamo che l'area denominata da noi come "ricreativa e della pausa-gioco" sia peculiare e centrale per lo "Spazio Aperto" e che sia strettamente interconnessa con le altre aree di cura del Servizio. L'idea è quella di utilizzare questo spazio come punto di partenza per avviare un percorso virtuoso di presa in cura che preveda il successivo inserimento del paziente in un percorso gradualmente più strutturato. Lo schema relativo alle aree individuate sulla base delle parole elencate dagli operatori può essere esemplificativo ai fini di una visualizzazione della modalità di strutturazione della presa in carico presso il nostro Servizio e del "peso" di ciascuna area nell'attività dello "Spazio Aperto".

In sintesi riteniamo che il lavoro coordinato dell'équipe possa promuovere lo sviluppo di un ambiente relazionale che permetta la ripresa delle funzioni del Sè del singolo paziente attraverso:

- la creazione di un gruppo di pensiero all'interno delle differenze (possibilità di scambio arricchente);

- l'integrazione dei vari aspetti frammentati del paziente;

- la condivisione del progetto che permetta la comprensione, anche nei momenti di crisi, sia delle risorse interne del paziente che quelle del gruppo curante;

- un'accoglienza differenziante;

- lo scambio tra gli operatori che costituisce un'area affettiva dove il paziente possa sentirsi pensato, voluto, introducendo nella sua mente la figura del terzo.

Di seguito riportiamo un caso esemplificativo degli aspetti sopra menzionati.

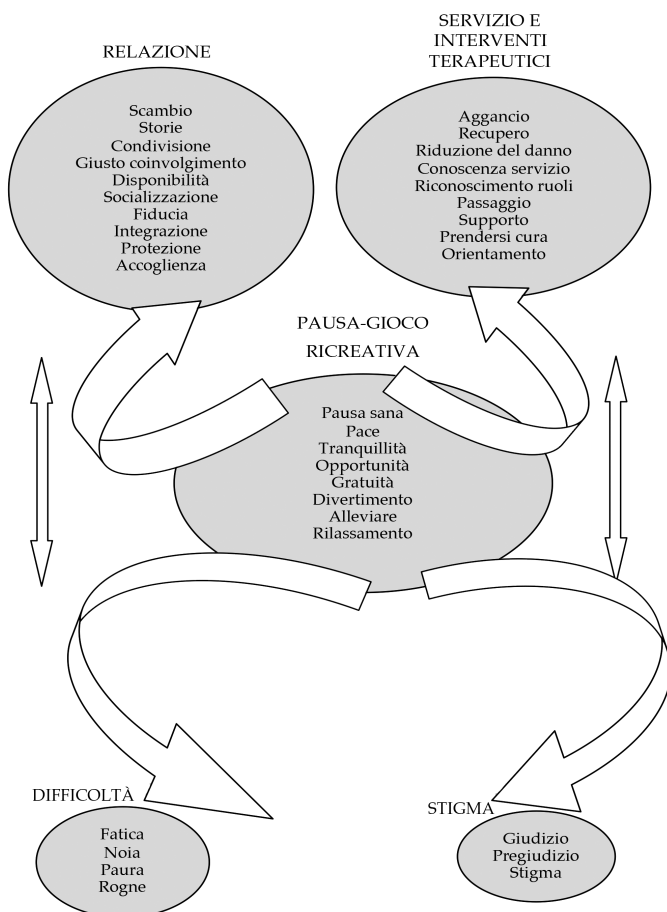
D. giunge in Servizio presentando una problematica di politossicodipendenza (eroina, cocaina e alcool) all'interno di un Disturbo di Personalità del Cluster B (Borderline – Istrionico), in una situazione di deriva sociale, trascuratezza ed estrema difficoltà nel prendersi cura di sè. La paziente

aveva infatti avuto sei interruzioni di gravidanza volontarie ed inoltre si era recata per un breve periodo al Servizio di Salute Mentale interrompendo precocemente il percorso di cura. Emerge una situazione di intensa difficoltà nell'ambito della famiglia di origine. In particolar modo descrive un atteggiamento estremamente espulsivo da parte della madre nei suoi confronti, che avrebbe portato all'allontanamento dalla casa dei genitori, decisione motivata a salvaguardia del fratello minore. Inoltre D. è separata, ha un figlio dato in tenera età in affidamento ai Servizi Sociali, inserito in una comunità psicoeducativa e i rapporti con lui sono incostanti e saltuari. D. descrive una relazione di maltrattamento violento e di sfruttamento con l'ex marito. Inizialmente è stata presa in carico da uno psichiatra e nel contempo ha iniziato a frequentare lo "Spazio Aperto", anche grazie all'incontro con un'operatrice dello "Spazio Aperto" durante la prima fase dei colloqui di accoglienza a cui la paziente si era particolarmente legata affettivamente. Dopo circa un anno di lavoro con la paziente, si notavano, sia all'interno dello "Spazio Aperto" che nei colloqui con lo psichiatra, dei vuoti e degli aspetti di reticenza rispetto alla propria storia e alle relazioni attuali. Infatti D. diceva in maniera elusiva di non vivere più dai genitori, ma da uno zio che provvedeva a lei; non erano inoltre chiari i mezzi di sostentamento della paziente. Per fare il punto della situazione sul trattamento e sulla storia portata dalla paziente nei vari contesti di cura, è stata compilata, dai vari operatori coinvolti nella relazione con la paziente, la scala SWAP.

Da tale scala è emersa in particolar modo una poca chiarezza, ambiguità e un "non detto" sugli aspetti della sessualità della paziente. Si è pertanto concordato di porre particolare attenzione a tali "non detti" e di cercare di migliorare la comunicazione tra i vari contesti di cura al fine di avere un'immagine maggiormente coesa, coerente e integra della paziente. Come per una sinergia tra operatori e paziente, D. ha iniziato a portare, sia all'interno dello "Spazio Aperto" che nei colloqui con lo psichiatra, dei comportamenti che hanno permesso di aprire la comunicazione su quelle aree prima non accessibili. Ad esempio, nello "Spazio Aperto" ha iniziato ad utilizzare il computer entrando in chat finalizzate ad incontri. È stato pertanto possibile accedere al mondo caotico e di promiscuità sessuale della paziente. Anche nei colloqui con lo psichiatra ha iniziato a descrivere in maniera acritica tali incontri, ma ha permesso di tutelarla anche accettando, accompagnata da un'infermiera del Servizio, di utilizzare un metodo contraccettivo di tipo meccanico ("spirale") in quanto riferiva la sua impossibilità ad utilizzare il preservativo per aspetti correlati ad un bisogno intenso e incontrollabile di "sentire e sentirsi nella relazione". Al contempo è stato possibile incontrare il padre della paziente ed il presunto zio dal

quale D. era ospitata. In tal modo la paziente ci portava e ci mostrava le figure relazionali significative della sua storia passata e attuale. È stato pertanto possibile, a questo punto, concordare con la paziente un percorso psicoterapico finalizzato ad esprimere maggiormente i suoi vissuti emotivi, a riflettere sui suoi comportamenti a rischio e a sostenerla con un Io-ausiliario, in quei momenti durante i quali era incapace di tutelarsi e proteggersi. Inoltre, è stato possibile in collaborazione con l'assistente sociale e la psicologa del Comune di riferimento favorire degli incontri protetti tra la paziente e il figlio caratterizzati da una maggiore continuità.

Figura 1. Schema aree "Spazio Aperto" e relative parole



## Bibliografia

- Corbella, S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*. Raffaello Cortina, Milano.
- Correale A. (1991), *Il campo istituzionale*. Borla, Roma.
- Foulkes S. H. (1948), *Analisi terapeutica di gruppo*. Boringhieri, Torino 1967.
- Gaburri E. (1997), *Emozione e interpretazione. Psicoanalisi del campo emotivo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Jacobone N. (2004), *Presa in carico multipla e gruppo nel trattamento delle dipendenze. Gruppi: 1*.
- Mortari L. (2003), *Apprendere dall'esperienza*. Carocci, Roma.
- Neri C. (2004), *Gruppo*. Borla, Roma.
- Perini M. (2007), *L'organizzazione nascosta*. Franco Angeli, Milano.
- Schön D. A. (2006), *Formare il professionista riflessivo*. Franco Angeli, Milano.
- Zucca Alessandrelli C. (1998), *Come per magia. La ripresa delle funzioni. gli argonauti XX, 79*.
- Zucca Alessandrelli C. (2001), *GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni (parte prima). gli argonauti XXII, 91*.
- Zucca Alessandrelli C. (2002), *GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni (parte seconda). gli argonauti XXII, 92*.

Alessandro Pala Ciurlo  
Via quarto 15  
16148 - Genova

