

6. Verifiche comparative

6.1 Dimissioni dei pazienti

Nell'ambito delle verifiche comparative, si discute riguardo i cambiamenti avvenuti clinicamente e nella vita del soggetto, sottolineando la correlazione con le valutazioni soggettive ed oggettive riportate nei capitoli precedenti.

Si analizza anche la permanenza o dimissione dei pazienti dalla Comunità per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato e per l'importanza che ciò riveste giacché il ricovero in questa Comunità presuppone non solo la volontarietà, ma anche e soprattutto l'alleanza terapeutica per obiettivi anche se minimi.

Ho inserito una sezione riguardante le verifiche comparative, perché abbiamo notato come la C.T. abbia influenzato il percorso del progetto terapeutico da noi proposto, attraverso vincoli e regole da rispettare e per via delle nuove entrate ed uscite di pazienti residenti in Comunità e partecipanti al mosaico.

Allo stesso tempo si può ipotizzare un'influenza circolare che torna indietro, come una sorta di boomerang, dall'esperienza del mosaico alla vita all'interno della Comunità.

Infatti, facendo riferimento alle cartelle cliniche, ci accorgiamo che una paziente, Maria, viene dimessa dalla C.T. il 26 aprile 2010, in concomitanza con la fine del progetto terapeutico da noi proposto. Tale evento fa riflettere sul concetto di permanenza nel gruppo-mosaico ed il termine del contratto di Comunità.

Di seguito osserviamo questa correlazione attraverso diversi esempi, che mostrano il differente grado di partecipazione al gruppo mosaico dei vari pazienti, e le loro storie individuali, considerando l'influenza che la C.T. ha avuto sul nostro progetto.

Nel caso di Maria, ad esempio, la sua presenza nel gruppo di lavoro del mosaico coincide con l'uscita dalla Comunità per il raggiungimento degli obiettivi prefissati (indipendentemente dal mosaico). Maria si è sempre presentata collaborante e costante nel mosaico, tanto da essere nominata la "Vice Brando". La sua precisione nel lavoro e la sua continuità infatti, le hanno permesso di essere investita di questo ruolo, con il quale simbolicamente le venivano riconosciute le sue capacità.

Notiamo quindi che le qualità mostrate dalla paziente nell'ambito lavorativo del mosaico corrispondono e si ripercuotono nella sua vita personale, e la conclusione è che termina naturalmente il progetto musivo in coincidenza con il termine (atteso da tempo ma che non avveniva mai) del contratto di Comunità¹. La sua cooperazione si legge anche attraverso l'analisi delle tabelle farmacologiche (riportate e discusse nel capitolo precedente) in cui si evidenzia il passaggio dalla somministrazione del Depot a quella dell'Invega, che mostra indirettamente la collaborazione e la volontà della paziente di assumere il farmaco.

Infine ricordiamo che questa paziente, nonostante non facesse più parte del "gruppo Comunità", vi è tornata appositamente il mese seguente per partecipare alla festa d'inaugurazione del mosaico, dimostrandoci affetto e interesse per il lavoro svolto.

Un diverso percorso ha seguito, Ergys, paziente di origine greco-albanese in trattamento in Comunità. Può esser preso come esempio, dato che la durata di permanenza nel gruppo-mosaico è stata interrotta dall'uscita dalla Comunità.

Infatti, nonostante fosse un paziente collaborante e costante nel lavoro del mosaico, di fatto però era inadempiente al contratto di Comunità. Quindi l'esclusione dal luogo di cura, non ha permesso il proseguimento nel nostro progetto, e lo stesso evento si è riproposto per altri pazienti, come Ines, Alessandro e Andrea, che per diversi motivi sono usciti dalla Comunità e quindi anche dal lavoro del mosaico.

La loro uscita forzata dal gruppo di lavoro, non ha però cancellato il contributo artistico che avevano lasciato, infatti, sono stati selezionati dal gruppo-mosaico, due disegni, uno appartenente

a Ergys, l'altro a Ines. Stiamo parlando rispettivamente del tralcio d'erba dal quale spicca il volo l'uccello, e il folletto a cavalcioni sul tronco dell'albero.

Per ultimo illustro il caso di Flavia, che si differenzia da tutti gli altri. La sua patologia cronica e ad alto rischio di aggravamento psicopatologico non ha permesso una presenza costante nel gruppo mosaico, che è stata fortemente influenzata dalle sospensioni della permanenza in Comunità per frequenti ricoveri ospedalieri. Il suo caso comunque rimane isolato ma molto significativo e richiederebbe una trattazione separata per la grande complessità psicopatologica e clinica della patologia. In questa sede possiamo solo dire che non è possibile stabilire correlazioni perché l'inserimento della paziente nel mosaico coincide con approfondimenti diagnostici e osservazioni diagnostiche particolarmente impegnative che hanno di per sé escluso una possibilità di contratto terapeutico seppur minimo rispetto alla C.T. Abbiamo però osservato che nelle fugaci e brevissime presenze al tavolo del mosaico si sono presentati gli unici comportamenti adeguati della paziente in C.T. Quasi a significare l'esistenza di capacità e parti sane non evidenziabili nella vita di Comunità e non confermate dalla diagnosi finale in ragione della quale è stata trasferita in più idonea struttura assistenziale.

6.2 Capacità di adattamento

Valutiamo ora le capacità adattive dei pazienti che hanno influito sull'evoluzione del nostro progetto.

Non è sicuramente semplice lavorare ad un progetto di così lunga durata con un gruppo di pazienti in ricovero per patologia cronica nell'area psicotica, soprattutto per l'essenziale e indispensabile pazienza e collaborazione che necessita l'arte musiva realizzata in gruppo.

Questi pazienti spesso tendono a vivere isolati nella loro realtà e tutto ciò che è comunicazione e piacere nello stare insieme si riduce ad un significato marginale: la capacità di adattarsi a situazioni nuove può venire a mancare.

La Psichiatra R. Mazzone, che è responsabile del centro da moltissimi anni e che conosce da altrettanto tempo alcuni dei pazienti residenti in C.T., a proposito di un paziente in particolare, riferisce: "E' la prima volta che ha accettato che si facessero le cose insieme: è una "prima donna" e nelle esperienze di scrittura in comune che gli sono state proposte, non ha mai voluto partecipare". Il paziente infatti ha la passione della scrittura, ed ha pubblicato un libro di dialoghi, ma scrive anche poesie e racconti brevi. E' abituato al lavoro solitario dello scrittore, in cui il momento di creazione è vissuto come spazio privato, riservato ed intimo, ecco perché non ha mai accettato di dover condividere un momento creativo con altre persone. Nel gruppo-mosaico, però, era importante che questa condivisione avvenisse, perché il singolo ha voce nel gruppo nel momento in cui il gruppo lo accetta e si rende disponibile all'ascolto. L'adattamento comunque non è stato forzato, ma è nato giorno dopo giorno, grazie all'importanza che i conduttori del gruppo hanno attribuito alla comunicazione e all'idea che il contributo di ognuno fosse fondamentale per la riuscita del lavoro.

Oltre ciò, quando si parla di adattamento, ci si riferisce ad un concetto di ampia portata che ha investito l'intero setting di lavoro; l'adattamento dei pazienti si è reso necessario in qualsiasi aspetto dell'attività svolta, a partire dai piccoli spazi condivisi nella stanza del mosaico. Infatti, si è lavorato gomito a gomito per incollare le tessere sui pannelli, collaborando sulla stessa tavola e decidendo insieme quali colori usare o quale materiale sarebbe stato più idoneo, adattandosi di volta in volta anche alle scelte altrui o alle decisioni di gruppo. La capacità di adattamento dei pazienti è passata anche attraverso le scelte di setting spazio-temporale, dato che il mosaico è subentrato al posto dell'assemblea settimanale ed i pazienti si sono accomodati su questa scelta; possiamo quindi dire in buona sostanza che i pazienti hanno mostrato una capacità di adattamento al mosaico *in toto*, proprio nel momento in cui questa attività è stata inserita all'interno della Comunità e loro hanno scelto di aderirvi e di conformarsi ad essa, ai suoi orari, ai suoi spazi e alle sue necessità.

6.3 Capacità di risposta al trattamento

Tutti i pazienti trattati risultano essere stati coinvolti in passato in attività arte-terapeutiche o comunque riabilitative e risocializzanti e sappiamo direttamente da loro che hanno sentito una differenza nel lavoro del mosaico rispetto alle altre attività: ad esempio un paziente che frequenta un gruppo di teatro così commenta la differenza: “nel mosaico puoi esprimere quello che vuoi, mettendo in gioco la tua creatività, mentre al teatro parli di qualcosa già scritto”. O ancora un'altra paziente frequenta un corso di computer, e dice: “il computer può servire per lavorare, mentre il mosaico può unire la creatività alla praticità”.

Nella realtà prescrittiva del paziente psicotico cronico non è possibile isolare un trattamento per un periodo. I trattamenti sono sempre combinati tra riabilitativi, psicoterapici e farmacologici. Generalmente disciplinati, i pazienti, collaborano a tutto in performance esecutive talvolta brillanti. In questa situazione la chiamata al trattamento, cioè l'offerta di trattamento, vede un'ulteriore motivazione piuttosto inusuale: “Aiutiamo Federica a fare la tesi”. I pazienti infatti, si erano creati il problema, fortunatamente espresso verbalmente in gruppo: “Perché dobbiamo fare un mosaico?”. Tutte le risposte erano possibili, ma si è scelto di dire la verità: “Perché Federica ha bisogno di fare un Mosaico per la tesi”. Vi è ragione di ritenere che questo passaggio sia stato fondante la relazione paritaria là dove nel gruppo c'è una reciprocità di aiuto paritariamente impostata in interdipendenza. In questa situazione non c'è stata la somministrazione onnipotente di un trattamento da subire con modalità passive e dipendenti.

6.4 Capacità di superamento della dipendenza

L'istituzione stimola dipendenza in tutti i ricoveri istituzionali a tempo pieno (caserme, ospedali, comunità).

Nell'esperienza descritta la dipendenza dalla “pizza” ci ha perseguitato per tutto il tempo e si è magicamente risolta solo dopo che il mosaico è finito. La Comunità ospitante risponde costantemente, ma senza successo, al bisogno di dipendenza incoraggiando l'indipendenza. Si ricorda sempre ai pazienti che possono e devono andare dove vogliono e come vogliono. La scena che si presenta dominante è un girovagare senza storia e senza tempo in attesa dei riti orali legati agli appuntamenti nutritivi: colazione, cena, pranzo e “banchetto-pizza” del giovedì.

Abbiamo introdotto uscite del gruppo all'esterno in situazioni nelle quali non veniva manifestata la differenza dei ruoli. Il gruppo è uscito a disegnare a Castel S. Angelo, a presentare il mosaico e la “tesi di Federica” al Laboratorio d'Individuazione Il Cedro, a presentare il libro di Francesco sempre al Cedro. Tutte situazioni nelle quali i pazienti avevano ruoli diversi da quelli della malattia: artisti, “collaboratori di Federica”, amici dell'autore.

Uscire all'esterno con un ruolo diverso da quello di paziente in comunità è stata una nuova esperienza, che ha vanificato il bisogno di dipendenza. Al Cedro, dopo i seminari e gli interventi di ciascuno, si mangia, ma nessuno ha mostrato interesse a mangiare (Francesco si era portato la cioccolata che si è sciolta nel borsello per esempio) a differenza di quando ritornano dai soggiorni estivi e raccontano solo cosa hanno mangiato.

La dipendenza orale quindi si è attenuata in questo gruppo superando i confini della C.T. perché gratificata in un gruppo coeso che era centrato su un compito capace di sublimare i conflitti di dipendenza orale.

¹ Apparentemente la decisione di lasciare la C.T. sembra come improvvisa e comunque presa contro la volontà dei familiari.