

## ESPERIENZE DI GRUPPI DI DISCUSSIONI IN REPARTI DI DEGENTI PSICHIATRICI

A. SEGANTI - C. NERI

Il fine che si propone questo scritto è di presentare il nostro tentativo di un gruppo di discussione nel reparto uomini dell'Istituto di Psichiatria dell'Università di Roma. Questo gruppo di discussione ha svolto la sua attività per otto mesi complessivi con un totale di 55 riunioni tenute nel reparto cura uomini dell'Istituto di Psichiatria dell'Università di Roma.

Ogni riunione aveva la durata di due ore - due ore e mezza, con delle presenze minime di otto-dieci persone e massime di trenta-trenta-cinque. Prima di ogni riunione il medico passava per le corsie avvisando l'inizio del gruppo.

Ci sembra che due siano le peculiarità che hanno distinto il nostro gruppo dalle precedenti esperienze:

- 1) Le possibilità reali di cambiamento della struttura del reparto sono state limitate dall'estensione del gruppo ad un numero molto ridotto di medici e di infermieri; è stata la mancanza di autonomia decisionale che ha favorito lo scioglimento del gruppo sulla base di un comune accordo tra i partecipanti.
- 2) La partecipazione degli studenti, membri esterni ha portato un contributo decisivo. Con gli studenti, si crea infatti la possibilità di un confronto dell'istituzione con l'esterno, di un'analisi della funzione sociale che l'istituzione opera.

### *DISCUSSIONE DEI DATI*

Per intraprendere un'analisi delle riunioni svolte tenteremo di vedere il gruppo come una entità unica in via di strutturazione e di sviluppo. Molte persone si sono avvicinate quali elementi polarizzanti nella storia del gruppo, imprimendo il loro stile personale sulle forze dinamiche emergenti in quel momento storico dell'evoluzione del gruppo. Al di là di questa influenza di alcuni personaggi chiave che hanno permesso profondi cambiamenti nella struttura del gruppo, crediamo di poter intravedere una linea continua di sviluppo, articolabile in cinque fasi successive.

#### *1<sup>a</sup> fase*

La prima fase di smarrimento e di divisione abbraccia grosso modo le prime tre o quattro riunioni: sia gli studenti che i ricoverati si sono trovati di fronte alla situazione nuova di un gruppo non direttivo in cui l'identità di ognuno era da stabilirsi.

Le aspettative poste nel modello sociale del medico vengono deluse ed i partecipanti si sforzano di trovare una identità tra di loro, membri del gruppo; è così che si sono avuti degli scontri tra diversi sottogruppi, come inizialmente tra studenti di medicina e di lettere e filosofia; questo è servito a definire la posizione e la distanza di uno rispetto all'altro.

Quando per la prima volta membri interni e membri esterni rispetto all'istituzione si sono trovati insieme nel gruppo, la situazione che si è venuta a creare può essere descritta con le parole di uno dei partecipanti: « Una parte di noi sono venuti come per vedere delle bestie allo zoo e gli altri per reazione si sono comportati come i primi si aspettavano ».

La divisione tra medici e filosofi era invece praticamente annullata.

Nella quarta e quinta riunione il gruppo ha trovato una sua coesione: essa è simbolizzata dal film « Il pianeta perduto » del quale si parla continuamente. In questo film si racconta come tutte le nazioni della terra unite sconfiggono un nemico comune. Coincidono con questa fase la decisione di darsi del tu e la comparsa del cibo nel gruppo sotto forma di noccioline, chewing gum, sigarette.

La struttura del gruppo in questo periodo non passa più per una definizione dei ruoli attraverso degli scontri tra vari sottogruppi; viene invece confermata dal mondo esterno anche se questo viene percepito come qualcosa di fantastico. Il problema dell'autorità non viene neanche affrontato, si passa direttamente nella utopia ed il gruppo provvede alla nutrizione di tutti i suoi membri.

L'atteggiamento del medico in questa prima fase è stato quello di completa passività di fronte alle pressioni che gli venivano rivolte ad assumere un ruolo autoritario e prendere decisioni. I suoi interventi si sono limitati a segnalare quando un membro del gruppo o un sottogruppo venissero presi come capri espiatori.

#### *2ª fase*

Nelle riunioni successive inizia il secondo periodo del gruppo, quello che può essere definito di ipervalutazione del pensiero simbolico. Il gruppo vede i suoi membri che si esprimono con linguaggio simbolico come fonte di profonda saggezza e di grande creatività. Il modificarsi del loro comportamento è vissuto come la guarigione di tutto il gruppo.

I problemi che vengono affrontati volgono sulla malattia mentale, sulla sua pericolosità, sulla schizofrenia; vengono fatti in questo modo dei tentativi di avvicinamento tra studenti e ricoverati, si inizia a delineare una tematica comune.

Il medico traduce gli interventi di alcuni membri da un linguaggio simbolico ad un linguaggio comprensibile a tutti. Questo tipo di comunicazione favorisce la partecipazione empatica di tutti i membri su alcuni temi archetipici svolti spesso mediante esempi biblici: storia di Mosè, Sodoma e Gomorra, il vitello d'oro.

Anche qui come nella prima fase le tensioni sono rivolte all'esterno ma non vi è più l'investimento su di una utopia. Viene collegato invece il senso di sofferenza che i membri più malati del gruppo danno, con la sofferenza umana da tutti condivisa; l'incontro avviene così su temi storici che fanno rivivere a tutti i membri i sentimenti di abbandono e le aspettative messianiche che sono vive nel gruppo.

Il ruolo del medico diventa in questo periodo estremamente strutturante. Attraverso di lui passano infatti tutte le comunicazioni, egli assume in parte un ruolo direttivo.

#### *3ª fase*

Questa fase ha inizio con la partecipazione al gruppo di alcuni infermieri; essi si pongono dalla parte della istituzione ed i loro interventi sono vissuti come un attacco. L'unità del gruppo si sgretola, il mondo in cui si era mossi crolla. Alcuni membri attaccano violentemente gli infermieri, viene però evitato lo stabilizzarsi ed il radicalizzarsi di queste tensioni, ai temi generali di discussione si sostituiscono problemi pratici (la famiglia, le terapie, cosa vuol dire guarire, ecc).

Il clima si fa più teso, il ruolo dei vari membri ritorna vivo come all'inizio. In questo modo si crea il bisogno di una comunicazione che non passi più attraverso il medico quale interprete ma che venga direttamente ricevuta dagli altri.

Alcuni membri hanno bisogno di sentire il medico come alleato, di collaborare con lui per creare un clima distensivo come nella seconda fase.

#### *4ª fase*

Le tensioni centrate sulla figura del medico, sempre più configurato in una figura molto potente e repressiva, provocano un tentativo di autonomia da parte di alcuni membri. Compaiono tensioni sessuali, che si manifestano in battibecchi, scambi di regali, vaghe allusioni, ed allo stesso tempo nell'aggressività sempre più francamente diretta verso il medico.

Alcuni membri portano nel gruppo parenti o persone alle quali sono legati sentimentalmente. Allo stesso tempo aumenta sempre di più il valore che dal gruppo viene attribuito alla partecipazione «personale» dei membri. In questo periodo essendo state in gran parte deluse le aspettative che i diversi partecipanti avevano sull'approvazione del medico, la competitività si dirige anche verso di lui. Questo tentativo di definire una propria autonomia viene condotto al di fuori di un ruolo di studente o ricoverato ma piuttosto nell'ambito di valori più intimi o personali quali l'espressività di diversi contributi e la sessualità, che ognuno dei membri tenta di rendere proprie. Questo processo culmina con un violento attacco al medico, la bisessualità del gruppo viene riconosciuta come dato di fatto, o meglio un punto di partenza fondamentale per costruire una propria identità.

#### 5<sup>a</sup> fase

L'attacco al medico ha segnato una svolta importante e nelle successive riunioni si svolge un intenso lavoro di presa di coscienza e di rielaborazione emotiva di problemi relativi alla ricerca di una propria identità.

Vengono verbalizzati sentimenti positivi fin qui inespressi. Con un clima molto più distensivo e costruttivo allo stesso tempo. Ognuno infatti aveva ormai creato intorno a sé una serie di connotati (relazioni, idee, umorismo, ecc.) che ne definivano la propria autonomia rispetto agli altri. Gli studenti assumono sempre più decisamente un ruolo terapeutico mentre i ricoverati vivono sempre di più la loro posizione di devianti esclusi dalla società. Il gruppo in sostanza si trova di fronte al dato di fatto di studenti e pazienti all'interno di una istituzione.

Le possibilità di affrontare questa situazione erano diverse che all'inizio del gruppo.

#### CONCLUSIONE

Sembra molto difficile trarre dalla nostra esperienza di gruppo delle conclusioni globali che prendano in esame la vasta problematica che il gruppo ha sollevato durante gli otto mesi di attività.

Valuteremo i risultati secondo vari piani:

##### a) azione sull'individuo

— Gli studenti si sono in maggior parte orientati verso una possibilità di intervento psichiatrico a carattere relazionale.

— I pazienti hanno avuto modo di stabilire delle relazioni con dei membri esterni, che in parte hanno mantenuto dopo la dimissione.

— Alcuni membri che non avevano un ruolo specifico all'interno dell'istituzione hanno partecipato molto attivamente al gruppo, soddisfatti della sola esperienza personale che portavano avanti.

##### b) struttura del gruppo

Nonostante il continuo avvicinarsi di personaggi sempre nuovi, il nostro gruppo ha avuto una continuità nella sua storia.

La discussione tra membri esterni (studenti) e membri interni (degenti) è stata mantenuta senza fratture, ma continuamente riproposta.

Inoltre è stata possibile la partecipazione di membri ricoverati gravemente sofferenti che per il comportamento in reparto vengono solitamente sottoposti a misure di contenzione, e che hanno dato un loro contributo.

##### c) rapporto con l'istituzione psichiatrica

L'influenza del gruppo nel reparto è stata molto forte ma la mancanza di comunicazione con gli altri membri direttivi del reparto è stata sostanziale ed ha tolto al gruppo la possibilità di un reale intervento che permettesse la partecipazione dei ricoverati alle decisioni terapeutiche che venivano prese su di loro. Gli infermieri che si dimostravano

favorevoli alle discussioni dei propri problemi di lavoro in reparto si sentivano particolarmente bloccati dalla mancanza di potere decisionale.

La messa in crisi del ruolo dell'infermiere andava ad urtare contro il ruolo degli altri medici che non veniva messo in discussione.

In sostanza restava uno squilibrio di potere nella scala gerarchica istituzionale che di per se stessa è rimasta immutata.