Comunità terapeutica: un complesso modello terapeutico di trattamento. Identità delle istituzioni e soggetti della cura

Patrizia Giannini e Andrea Fossati

Abstract

L'articolo intende riproporre l'adeguatezza e l'importanza della Comunità Terapeutica come Metodo terapeutico e Processo di trattamento. Un metodo di trattamento intensivo per quelle persone che presentano situazioni esistenziali e cliniche di una certa complessità e gravità, che non possono trovare una risposta così articolata in altri metodi e contesti di trattamento. Viene delineata la peculiarità del Modello di cura e della Strutturazione operativa professionale delle Comunità Terapeutiche, affinchè questa offerta così specialistica non depauperi la propria Identità, con il rischio di svalorizzare e la clinica e i Soggetti della cura. Assessment, decisioni cliniche, linee guida di trattamento e Ricerca clinica quando sono basate sull'esperienza altamente professionale di un Modello terapeutico effettivamente sperimentato nel tempo, come quello della Comunità Terapeutica, concorrono a delineare una identità istituzionale oggi pericolosamente messa in discussione dal prevalere di paradigmi sempre meno clinici e scientifici; l'articolo mette in risalto la qualità clinica del lavoro svolto dalle Comunità terapeutiche, quando le istituzioni non permettono l'alienazione della propria identità e la trasformazione in ibridi di sé, con importanti ricadute sugli esiti.

Parole Chiave:

Comunità Terapeutica, Assessment, DSM 5, Disturbo di Personalità, Processo ed esiti

1. Identità

In una sua intervista riguardo il tema dell'identità, Z. Baumann propone un'interessante osservazione sulla distinzione fra comunità umane basate su un'appartenenza indissolubile ("di vita e di destino" S. Kracauer) e comunità basate su idee e principi, riferendosi ad una classica dicotomia della sociologia politica. Egli chiarisce che la questione delle identità sorge solo quando si viene in contatto con questa seconda categoria; perché essa prevede una continua dinamica interna (paragoni, revisioni, scelte ripetute, rivisitazioni, confronti, conciliazioni di esigenze contraddittorie, a volte incompatibili, etc.) affinchè le comunità possano essere tenute insieme, saldate dalle idee e dai principi, nel contesto di un polimorfo e mutante mondo culturale.

Se ripensiamo alla nascita della Comunità terapeutica, alle idee ed ai principi che l'hanno sostenuta e guidata nel tempo, ai dibattiti oggi in corso in alcune Regioni Italiane riguardo nuove norme di Accreditamento richieste dagli Assessorati alla Sanità, e ai dibattiti presenti nello stesso movimento Inglese di Community of Communities, là dove è nata la Comunità terapeutica "vera e propria", per dirla con

le parole di R. Hinshelwood, non possiamo fare a meno di trovare una profonda pertinenza e attualità con questa osservazione.
La Comunità Terapeutica, è infatti una comunità di idee e di principi. Come tale è inevitabilmente immersa in una dialettica continua al suo interno e con il mondo esterno, dialettica che rende **l'identità delle istituzioni delle Comunità terapeutiche sempre in divenire**.
Per quanto sia inevitabile affermare che l'interpretazione delle idee e dei principi originari della Comunità Terapeutica, che si fonda su teorie e tecniche della terapia, sia sempre molto dipesa dalla personalità e dalla configurazione dei vari fondatori, dalle loro idee personali e dai loro principi, possiamo convenire sulla sussistenza comune, nello sfondo, di quella che Whiteley J.S. e Gordon J., in un articolo del 1979, definirono essere una concettualizzazione teorica classicamente sottostante la nascita della comunità terapeutica, riferendosi al modello democratico di trattamento ispirato da T. Main e M. Jones in contrapposizione ad un modello ospedaliero gerarchico e autoritario. E sempre di più oggi tale declinazione impatta con l'influenza dei tempi, dell'economia globale e di nuove politiche Statali, oltre che con nuove problematiche cliniche e sociali.
Come consentire, dunque, al trattamento terapeutico comunitario di affermare ancora, e non solo preservare, pur nel cambiamento dei tempi, le sue caratteristiche, le sue conformazioni ed il suo spirito peculiare, accanto ad una idea della tecnica e dei processi psicoterapeutici e socioterapeutici sempre rinnovati e rispondenti alle variegate e a volte nuove esigenze della popolazione dei pazienti, delle loro famiglie e, perché no, dei curanti stessi?
E come riconoscere ai pazienti sia la propria assimilabilità per fattori congruenti, che inevitabilmente de—individuano, ma consentono un approccio di lavoro terapeutico su di uno sfondo comune che favorisca la creazione di uno spazio mentale condiviso – condivisibile, sia la propria specifica soggettività, anche quella più invisibile e nascosta per dirla con A. Correale?
Come far sì che l'offerta di quel processo di cambiamento che si può produrre nella Comunità terapeutica non perda la sua coerenza e la sua efficacia a contatto con i rischi della standardizzazione degli interventi, l'impoverimento delle qualifiche e delle competenze degli addetti ai lavori e la disomogeneità degli aspetti clinici?
Dicotomie, l'affermazione dell'identità della Comunità Terapeutica versus l'esigenza di rinnovamento della stessa; omogeneità identitarie della popolazione di pazienti per una clinica ragionata versus una più autentica riscoperta della Soggettività della persona... come ricondurre l'antagonismo delle parti ad una sapiente e ben articolata pratica clinica? Come far sì che l'integrazione di idee e di valori possa, essa, declinare la specificità dell'identità istituzionale, al fine di coniugare dialetticamente le une con le altre queste dicotomie in una progettualità di intervento al contempo tecnico e relazionale, coerente ed efficace?

Per articolare una delle possibili risposte, dobbiamo forse consentirci di esplorare il terreno su cui ci stiamo muovendo, prendere atto che vi siano oggi delle questioni aperte riguardo i pazienti, gli strumenti ed i metodi.

In tempi in cui è sempre più convalidata fra i clinici l'idea che, nel campo della psichiatria, si debba parlare di una multi problematicità di pazienti complessi, va forse rivisitata la questione della trattabilità e non trattabilità dei pazienti. Questo potrebbe essere un primo assunto.

In tempi in cui, a partire da esigenze programmatiche ed economiche in primis, vengono messi in discussione l'assetto strutturale e organizzativo della comunità terapeutica e, in alcuni contesti, perfino il concetto stesso di luogo fisico della cura, che inevitabilmente pone in crisi il senso più profondo della cosiddetta Terapia ambientale di comunità (si pensi in proposito ad alcuni approcci adattivi sperimentati in questo momento in Inghilterra, dove, come ci ricorda R. Haigh, c'è chi cerca di sopperire alla chiusura delle strutture con l'idea di un Modello comunitario replicabile "nella testa" e nell'approccio terapeutico, senza la struttura fisica) è quanto mai significativo ri-concettualizzare, ri-significare lo "strumento" comunità terapeutica nelle sue declinazioni più reali. Questo potrebbe essere un secondo assunto.

In tempi in cui la sfida della razionalizzazione e del contenimento della spesa sanitaria impone revisioni e nuovi assetti terapeutici, la scelta di un Metodo di cura come quello della Comunità terapeutica deve risultare quanto mai appropriato alle necessità terapeutiche della persona, del Soggetto della cura. Processi di valutazione clinica, di progettazione terapeutica e di analisi degli esiti dei trattamenti, devono essere avvalorati da dati evidenti di esperienza e di ricerca, che motivino una adeguatezza ed una sensatezza dell'uso delle risorse e della collocazione dei pazienti.
Questo potrebbe essere un terzo assunto.

Se è vero dunque che viviamo in tempi di crisi che necessariamente richiedono di rivedere l'uso delle risorse, non possiamo però dimenticare il monito ed il saggio invito che ci giunge dalla direttrice generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la dr.ssa M. Chan, riguardo la Salute Mentale nel mondo: **trovare il modo di definire leadership e governance più efficaci per poter offrire servizi di salute mentale e servizi sociali maggiormente adeguati a rispondere ai bisogni della comunità; produrre strategie di promozione e prevenzione, rafforzare i sistemi informativi e implementare la ricerca raccogliendo sempre meglio evidenze scientifiche**, devono essere gli **obiettivi principali** che gli Stati devono porsi in questi anni.
Vale dunque la pena aprire, senza pretesa di esaustività, alcune riflessioni su questi temi.

2. Nuovi aspetti della psicopatologia

Come dicevamo, in ambito psichiatrico, oggi è spesso utilizzato il termine paziente multiproblematico complesso. Una definizione macchinosa, pur sempre troppo

superficialmente descrittiva, ma che forse permette a noi clinici di misurarci subito con i meandri di quella complessità di intreccio fra un mondo esperienziale interno multivariegato, difficilmente ingessabile dentro una singola categoria diagnostica, e un mondo esperienziale esterno, che si manifesta sempre di più attraverso relazioni interpersonali e comportamenti disturbati, che a loro volta generano incroci esistenziali che rendono il soggetto sempre meno inquadrabile dentro un solo versante prospettico. E' in questi termini, ad esempio, che cura e custodia, dai significati originari così lontani, finiscono, sempre più spesso negli ultimi tempi, ed in alcune circostanze di trattamento, per assimilarsi.
Una definizione, questa di paziente multiproblematico complesso, che sfida dunque, se possibile, quell'area già molto articolata della trattabilità e non trattabilità dei pazienti, che M. H. Stone, bene ha descritto, guidandoci nella considerazione dei vari fattori che possono incidere sulla trattabilità di un paziente e sulle nostre aspettative di curanti. Una definizione che, comunque, mostra un relativo superamento qualitativo, potremmo dire, rispetto ad un'altra in voga fino a pochi anni orsono: "pazienti difficili", una semantica che alludeva chiaramente, in primis, alla fatica dei curanti, col rischio di mettere al centro lo sforzo terapeutico ritenuto necessario, prima di quegli aspetti della Persona che la caratterizzassero come Soggetto della cura. Una esaltazione, senz'altro, di quegli aspetti altamente egosintonici nell'esperienza di certi pazienti, un'egosintonia spesso realisticamente presente (ed ingombrante), che però rischia non solo di non essere esaustiva dell'esperienza interiore di tali soggetti, ma di rendere anche non esaustiva e costruttiva l'esperienza terapeutica del curante.
Considerare gravità dei disturbi mentali, affettivi, personologici e psichici, con stati compromessi, a volte gravemente, di regolazione di sé e di carenze psichiche primarie, spesso con una compresenza di più comorbidità, serie compromissioni del funzionamento, problematiche di dipendenza o di abuso e sovente anche problematiche legali, ed inoltre la compresenza di multipla presa in carico che appunto ne consegue per le problematiche diverse concomitanti, richiede di pensare a nuovi paradigmi di trattamento, a nuovi paradigmi di trattabilità.
E' forse necessario ripensare a come questi paradigmi richiedano inevitabilmente una partecipazione attiva di ciascun ruolo nel processo, da parte di tutti i plurimi soggetti, restituendo l'idea di una rete, di un sistema che deve prevedere una forte capacità di integrazione, pur salvaguardando la singolarità e la responsabilità del soggetto della cura, l'utente, la Persona. Infatti, una delle definizioni riferite a questi "pazienti resistenti al trattamento", come ci insegna E. Shapiro dell'Austen Riggs Center, bene esprime non solo, attraverso una dicitura chiara, l'idea del rischio di un risultato infausto, ma pure l'immagine di una sorta di moto di opposizione ad una richiesta di trattamento che corre il pericolo di restare monodirezionale dal versante del curante/inviante al paziente, e priva di quei processi di attivazione e responsabilizzazione alla cura che invece possono produrre cambiamento nel profondo, come ogni psicoterapeuta ben sa. **Di fronte a questi pazienti, così tanto variegati al loro stesso interno e così poco o affatto direttamente motivati alla cura, il rischio di porsi in un'ottica medicalizzante e passivizzante è sempre**

molto alto. E così anche il rischio di cercare non trattamenti ma zone o tempi di tregua, forse più sociale che clinica, è davvero elevato. Può apparire la via più breve, meno carica di investimenti, ma quanto davvero autenticamente terapeutica, duratura, efficace in termini clinici, personali e sociali?
E' forse inevitabile pensare che la trattabilità di questi pazienti multiproblematici complessi riguardi la disponibilità all'attivazione di processi di cura e di cambiamento complessi. Processi, la cui attuazione richiede un personale preparato, competente, formato e modelli clinici di riferimento solidi di quella che può essere un'azione terapeutica che possa favorire variazioni sensibili alla qualità dell'Identità e del Senso di sé del paziente, nonché alla sua capacità di regolazione emotiva e comportamentale. Occorrono – vorremo ancora sottolinearlo - organizzazioni, ambiente e personale preparati per fare questo.
La necessità di attivare processi che riguardino possibilità e capacità di sviluppare relazioni oggettuali significative in contesti che favoriscano la loro elaborazione ed una loro evoluzione maggiormente efficace per la vita psichica e reale delle persone, rende interessante contestualizzare sia la dimensione intrapsichica, che quella interpersonale, cui aggiungerei quella temporale, in un apparato terapeutico articolato. **Il paziente che inizialmente ricorre massicciamente alle proprie dinamiche difensive interne, piuttosto che mobilitare le proprie risorse più sane, deve infatti potersi misurarsi gradualmente con nuove modalità di esperienza interiore e di comportamento conseguente**.
Un apparato terapeutico che, sullo sfondo di una garante neutralità etica e deontologica, non esautori il paziente dalla propria componente di Responsabilità, Autorità di Sé e Potere in un sistema a sua volta complesso, costantemente interagente ed integrativo.
Dobbiamo ipotizzare modalità relazionali e terapeutiche che consentano di trattare il più possibile sul piano dei significati quei sintomi e quel comportamento, che spesso sono l'unico primario accesso a quel fragile e disturbato mondo interno di quei pazienti con cui sempre più spesso ci misuriamo: pazienti nei quali la grave carenza della capacità di simbolizzazione e dunque dell'utilizzo della parola, viene sopperita dal sintomo e dal comportamento.
E' possibile dunque ipotizzare che la trattabilità di questi pazienti si muova proprio dalla facoltà di non porre al primo posto compliance, stabilizzazione del sintomo e del comportamento o il contenimento esteriore o fisico di quella estrema affettività che accompagna sovente quelle potenti dinamiche relazionali che scaturiscono da altrettanto potenti rappresentazioni di Sé e dell'Altro.
Possiamo pensare che la trattabilità si rappresenti in paradigmi terapeutici che consentano di mostrare e ritradurre quello che accade in significati, e consentano di apprendere dall'esperienza relazionale, senza privilegiare un focus psicofarmacologico o comportamentale, affinchè venga restituita la parola, la concettualizzazione e la mentalizzazione così carente o assente o deviata.
E' possibile sperimentare che la trattabilità passi attraverso " esperienze " controtransferali dei terapeuti e della equipe curante importanti per la comprensione degli stati mentali ed emotivi del paziente, senza però produrre modalità supportive e

passivizzanti; che si possano costruire processi di aiuto in un sistema complesso di accoglimento responsabilizzante, di contenimento relazionale, di una holding ferma ma sempre presente, che contribuisca a creare gradienti di intervento neutro a fronte di multiple parzialità compresenti nel conflitto interiore del paziente; che si possa impegnare costantemente la capacità di esplorazione e riflessione del paziente sugli accadimenti del qui ed ora, anche attraverso la tolleranza da parte degli operatori e curanti dello stato di confusione del paziente, e di quello generato da lui nell'ambiente, al fine di identificare le dinamiche psichiche più profonde, favorendo così una trattabilità molto complessa, sullo sfondo di una dimensione ambientale gruppale dove anche l'esplorazione della comprensione reciproca diventi un elemento di questa trattabilità.
Esistono realtà di cura in cui la pratica clinica quotidiana dimostra potenzialità terapeutiche con pazienti multiproblematici complessi, la cui trattabilità sembra dunque passare da processi interattivi in ambienti che li favoriscano, li consentano e ne permettano l'esplorazione e l'interpretazione. E questo ci porta al secondo assunto, l'ambiente e lo strumento della cura.

3. Interrogativi sul modello organizzativo della comunità terapeutica

Ambiente e strumento della cura, la comunità terapeutica, che rappresentano innanzitutto un "campo interpersonale", dove, quelle che in senso lewiniano potremmo definire sistemi di forze, che sono gli strumenti, i modelli di lavoro, che spaziano dalla relazione psicoterapeutica alla tecnica clinica e molto altro, ma anche gli operatori ed i residenti stessi che vi si muovono all'interno, consentono una sperimentazione di sé che rappresenta nello stesso tempo un processo sociale ed un processo clinico.
Quando quello che avviene nella Comunità terapeutica ha a che fare con un costante e continuo processo di indagine di sé e della propria realtà oggettuale, richiamiamo attivamente concetti quali la mentalizzazione, il transfert e controtransfert analitico, ma anche concetti quali la responsabilità personale e quella sociale.
Il contesto terapeutico incentrato sulla responsabilizzazione, la sicurezza, lo sviluppo di competenze personali e sociali, la partecipazione attiva, la condivisione e l'integrazione, rende basilare la costruzione e la manutenzione incessante di un assetto di convivenza relazionale, sociale e terapeutica mediante il confronto e la dialettica continua.
La residenzialità offre costantemente la possibilità di lavorare su rappresentazioni di Sé e dell'Altro, permettendo un lavoro che, partendo dalla realtà esterna, permette in modo efficace di accedere al Mondo Interno del paziente. In un contesto come questo, infatti, la persona è stimolata a portare il proprio disagio e il proprio modo di essere, per osservare e misurare se stessa con la possibilità di mediare con l'Altro. Altro, che non è rappresentato solo dagli individui all'interno della comunità, ma dall'intera dinamica sociale della comunità, rappresentativa della società stessa di vita della persona.
Mediare se stesso con l'Altro significa entrare in un processo dialettico fondamentale per la vita psichica di un essere umano. P. Fonagy e collaboratori, riprendendo

autorevoli osservazioni di J. Bolwby, di M. Mahaler, di D. Winnicott, e altri, hanno delineato in modo chiaro i processi evolutivi mentali ed affettivi dell'attaccamento e della mentalizzazione. Processi, dove il contatto non solo fisico, anzi, soprattutto "mentale" con l'Altro, la capacità di rappresentazione della realtà dell'altro e di costruzione di significato di essa, la capacità di connessione con la realtà fattuale, generano una soggettività distinta eppure tesa alla congruenza con l'elaborazione della rappresentazione della realtà fisica. E' proprio questa costante tensione fra Sé e l'Altro (la realtà oggettuale) che permette una corrispondenza vitale e costruttiva tra mondo reale e rappresentazione mentale. Una corrispondenza che permette l'adattamento cognitivo, psichico, affettivo e relazionale, la quale, a sua volta, consente di essere nel mondo come individuo ed agente sociale. La stessa assenza di un controllo sociale inibente che sottostà al concetto di "messa in comune", una sorta di democrazia comunitaria, consente di sentire un certo margine di libertà dialettica all'interno del contesto. In realtà, ancora una volta il richiamo è a quell'atteggiamento di neutralità e trasparenza che faciliti la condivisione della propria esperienza umana, sia mentale che affettiva, ed agevoli un sentimento di appartenenza. Una propria esperienza che non si collochi in un ambiente "dissociato" dalla realtà di vita esterna, che, appunto, consenta alla Comunità di non ergersi a "mondo a parte", ideale e non immerso invece nella quotidianità della vita reale, della propria appartenenza al mondo familiare e sociale. Si pensi, a titolo di esempio, a quanto oggi sempre di più ci si ritrovi a confrontarsi, durante il trattamento, con l'autorità giudiziaria, in quanto inviante di pazienti autori di reato, e a come, dunque, terapeuti e pazienti siano tenuti a confrontarsi costantemente in un esame di realtà con l'autorità giudiziaria e la legge esterna, oltre che con la Legge simbolica e con la coerenza dei propri processi terapeutici; obbligatorietà della cura e consenso alla cura divengono dunque fattori salienti un costante lavoro introspettivo e dialettico non solo da parte del paziente, ma anche da parte dell'equipe curante che con essi si confronta, una cornice ineludibile attorno al trattamento di pazienti autori di reato.

Perché questi processi avvengano è necessario che questo campo interpersonale rappresenti uno spazio ed un tempo non solo sufficientemente stabile e sicuro per tutto il sistema di parti, secondo il senso pragmatico del termine, ma anche in senso puramente concettuale.

Se il sistema terapeutico della Comunità non è sorretto da un solido pensiero su di sé, rischia di produrre ibridi di sé, compromessi in una impalcatura estremamente articolata, che rischiano di mistificare il funzionamento del trattamento comunitario, con ricadute sugli esiti non indifferenti.

Esiti, la cui valutazione deve attentamente essere correlata con gli indicatori relativi alle corrette pratiche del trattamento, per non cadere in considerazioni distorte sulla iatrogenicità dei trattamenti intensivi e residenziali.

R. Hinshelwood, in un suo recente articolo ci prospetta e ricorda come si possa declinare così differentemente l'offerta peculiare della Comunità Terapeutica dalla sua matrice inglese d'origine, tanto differentemente da mettere in discussione il suo stesso senso, le sue stesse proprietà concettuali. Declinazioni che possono rappresentare la perdita di uno degli strumenti terapeutici per il trattamento intensivo

e residenziale di pazienti, i quali, ancora, continuano a rappresentare un bisogno clinico, che esigenze di razionalizzazione economica delle spese sanitarie non possono eludere.
Da qui l'esigenza di una costante riconcettualizzazione e risignificazione delle risorse, dei modelli e delle modalità di trattamento comunitario sulla base di un pensiero identitario chiaro e ineludibile.
Un pensiero identitario contrastante proposte di appiattimento generale del sistema di cura che conduce ad una standardizzazione della risposta e presuppone omologate le necessità dei pazienti, portando alla perdita e della Clinica e del Soggetto. Tutto ciò a favore di assistenzialità e a discapito della terapeuticità, con il rischio di un implicito richiamo ad un utilizzo della farmacoterapia in sostituzione di quelle istanze relazionali che inevitabilmente rischiano di venire meno in assenza di un assetto complesso e competente.

In un quadro di questo tipo, l'offerta terapeutica ad un determinato paziente deve poter rispondere ad una appropriatezza e di necessità terapeutiche del Soggetto della cura, e di soluzioni d'intervento adatte e modulate in funzione di queste ultime.
Razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica e privata impongono oggi processi di valutazione clinica dei bisogni terapeutici del paziente, programmatica progettazione terapeutica ed analisi degli esiti dei trattamenti che motivino, attraverso dati evidenti di esperienza clinica e di ricerca, l'adeguatezza dell'uso delle risorse.
Si tratta, in definitiva, di integrare quel concetto di trattabilità del paziente multiproblematico complesso di cui abbiamo parlato, con il concetto di strutturazione e organizzazione dell'ambiente e dello strumento comunità terapeutica, in una declinazione operativa e funzionale.
Una declinazione che inizia con il contatto iniziale con l'utente e tutto il sistema inviante, passa attraverso il processo di assessment, di significazione e costruzione progettuale e si delinea nel processo di ambientamento, di negoziazione e di contrattazione e alleanza terapeutica che è poi l'apertura al trattamento vero e proprio.
Offrire trattamenti specifici per tipologia di funzionamento e di incidenza clinica, sulle macro aree, quella dei disturbi di personalità e quella delle psicosi, ci sembra una prima risposta adeguata all'esigenza di congruenza di collocazione del paziente.
Gruppi "relativamente" omogenei di pazienti possono condividere un ambiente maggiormente coerente in sé, e i trattamenti possono risultare meglio mirati. (1)
La nostra esperienza ci induce a pensare che lo spazio quotidiano, condiviso secondo assetti di appartenenza e di funzionamento interpersonale, e lo spazio mentale, che si viene a costruire nel processo relazionale fra i pari e con gli operatori, legato a logiche di pensiero assimilabili, producano una forte incisività sull'atmosfera e dunque sul setting stesso, la cui modulazione diviene peculiare e a sua volta incisiva per la specificità del trattamento.
Infatti, l'esperienza affettiva, relazionale e mentale comune, condivisibile, che favorisce uno scambio sia sul piano cognitivo che su quello emotivo, produce una significativa risonanza che va oltre l'individuo, è sia interiore, personale, che

gruppale, e consente processi di mentalizzazione e di relazione oggettuale, partecipati attivamente dai soggetti, quando anche non riconoscibili dagli stessi a diversi livelli di consapevolezza.
Le dinamiche transferali si avvalorano di elementi di consonanza e di rifrazione e rispecchiamento, che facilitano la comunicazione, si pensi ad uno scambio empatico maggiormente usufruibile, una minore soggettività nella lettura degli eventi e dei sentimenti, un rinforzo identitario dettato da un sentimento di appartenenza ed una più immediata disponibilità di legame e di attaccamento.
Nel gruppo "relativamente" omogeneo sembrano essere valorizzati costruttivamente gli elementi di intersoggettività, con ricadute sui processi motivazionali e su quelli di attaccamento, di relazione e conflittualità, attraverso i quali il soggetto si misura, si confronta, dialoga e riflette, fornendo, infine, risorse costruttive per la propria soggettività ed individuazione.
Gli stessi curanti, il gruppo degli operatori, che a vario titolo lavorano nell'istituzione, insieme al gruppo dei pazienti, in una reciprocità e interazione sempre interessante da osservare, come ci insegna R. Hinshelwood ("Pazienti ed operatori creature l'una dell'altra"), contribuisce a costituire e mantenere quei processi che finiscono per influenzare atmosfera, modalità di interazione, normatività, modalità di contenimento, l'attuazione di processi di elaborazione specifici, etc., che delineano il modo di funzionare di una equipe di lavoro ed il contesto.
Un funzionamento ed un contesto essi stessi oggetto di esplorazione nel momento in cui si valuta l'inseribilità o la non inseribilità del paziente nella Comunità.

4. L'inizio e la meta di un percorso

Allo scopo di valutare la potenzialità di un percorso in Comunità, la valutazione di caratteristiche psicopatologiche e di funzionamento della persona merita di andare oltre gli aspetti prettamente nosografici per considerare anche gli aspetti più descrittivi del funzionamento su diverse aree del paziente.
Valutare funzioni e non sintomi, disfunzioni, compromissioni di aree di sè e risorse permette non solo di avere un quadro, il più ampio possibile, della persona, ma anche di avere gli elementi per predisporre e calibrare su misura gli interventi possibili.
Alcuni di questi elementi rappresenteranno, infatti, quegli indicatori che permetteranno di essere maggiormente incisivi nelle scelte delle tecniche di trattamento, per esempio, attraverso attività gruppali e tematiche specifiche, oppure con altri interventi più individuali.
Deficit o capacità di mentalizzazione, stile di attaccamento, livelli di impulsività, qualità delle relazioni oggettuali, capacità di esame di realtà, livello di insight, caratteristiche del Senso di Sé, gestione della rabbia e dell'aggressività, modulazione delle emozioni, etc. forniranno elementi utili per la costruzione di linee guida di intervento e di un piano di trattamento personale.
Costruire un **percorso di assessment** (2) mirato consente che il gruppo dei clinici possa mettere a fuoco le caratteristiche del paziente e costruire infine una visione univoca derivata da un processo molto articolato e ricco di osservazione e di rilievo

di dati. Ma non solo, nella convinzione che i pazienti abbiano molte cose da dirci di sé stessi, e per avviare fin da subito il processo di indagine e di responsabilizzazione, un assessment mirato fa sì che il paziente stesso possa cominciare un percorso di mentalizzazione su come egli si percepisce e riflette su di sé, oltre che su come attribuisce un significato alle intenzioni altrui, sulle sue consapevolezze relativamente ai propri problemi ed ai momenti di crisi, e su quali obiettivi sente la necessità di lavorare e responsabilizzarsi.
Il concetto della diagnosi nella comunità terapeutica va inteso, infatti, come un processo multifocale e multidisciplinare, di cui anche il paziente è parte attiva.
La Comunità terapeutica offre un'opportunità rara nei processi diagnostici e terapeutici individuali: una molteplicità di punti di osservazione (operatori con competenze diverse, la vicinanza con il paziente, la quotidianità, i momenti informali, il gruppo dei pari, la linea longitudinale e temporale di osservazione, etc.); ed uno spazio (ed un tempo) di riflessione e di costruzione di un pensiero condiviso che permette una integrazione delle parti: una sorta di spazio di intervisione del caso clinico: il momento in cui si costruisce una rappresentazione mentale condivisa del paziente che permetterà di dare struttura e forma organiche alle strategie di intervento clinico.
La diagnosi e la progettazione trattamentale divengono dunque il risultato di un lavoro di integrazione gruppale, dove possono trovare spazio elementi di conoscenza relazionale che avviene direttamente "sul campo", elementi di natura medico-psichiatrica ed elementi di stampo più prettamente psicologico, psicoterapeutico ed educativo. La messa in condivisione e la riflessione in comune permette di creare dapprima uno spazio in cui le varie competenze si parlano fra loro creando un linguaggio comune, ed infine una univocità di visione finale che sorge dall'integrazione di più voci e sguardi. Una univocità, nata dalle differenze, essenziale per poter costruire delle linee guida di trattamento, che siano coerenti, solide, e che non trovino interstizi procedurali e di pensiero a sé stanti, lesivi di una necessaria coerenza di intervento. Pazienti disorganizzati, frammentati, con bassi o relativamente bassi livelli di funzionamento, con spesso evidenti carenze identitarie, necessitano di rapporti coerenti con i loro curanti. E sarà a partire da questa coerenza che si potrà delineare un'alleanza relazionale frutto di quella costruzione di significato e della disponibilità al trattamento, ed infine l'impegno vero e proprio del paziente nel processo di cambiamento.

5. **Assessment e riferimenti teorici offerti dal DSM- 5**

In altri termini, deve essere chiaro che l'assessment, perché sia veramente degno di questo nome e non si riduca a un esercizio sterilmente estetizzante, peggio, etichettante, deve:

a) essere inteso come un processo - ossia un percorso che si sviluppa nel tempo - interpersonale finalizzato non solo all'identificazione delle problematiche attuali che

hanno condizionato la richiesta di intervento, ma anche a porle nella prospettiva del funzionamento di personalità dell'utente;
b) favorire il coinvolgimento attivo dell'utente nel processo di co-costruzione della conoscenza clinica (ottimo l'utilizzo degli autosomministrati, quando necessario e utile);
c) rappresentare un processo di incremento progressivo della partecipazione consapevole dell'utente alla co-costruzione di un percorso finalizzato all'identificazione e gestione/risoluzione delle problematiche attuali: la motivazione del paziente deve essere sempre mantenuta elevata da parte del clinico;
d) essere tagliato su misura sulle esigenze conoscitive cliniche legate al singolo, specifico utente: diffidare delle batterie valutative precostituite;
e) essere provvisto di una struttura concettuale che consenta l'integrazione di una polifonia di metodi e voci interessate alla definizione di un profilo quanto più preciso possibile dei punti di fragilità - inclusi i sintomi/segni dei disturbi mentali - e dei punti di forza dell'utente: come minimo assoluto, dovrebbero includere almeno una misura autosomministrata e una misura basata sulla valutazione di un clinico diverso da chi ha effettuato il primo colloquio;
f) essere improntato a un processo di falsificazione di ipotesi, non di auto conferma del "bias da prima impressione": il/i primo/i colloquio/i dovrebbe/ro generare ipotesi utili alla definizione della strategie testale successiva;
g) includere delle valutazioni testali quando necessario: i test non sono altro che "campioni di comportamento" standardizzati che aiutano l'utente a fornire al clinico un quadro del proprio funzionamento mentale in una gamma di situazioni più ampia rispetto al contesto della consultazione: aumentano la validità ecologica del lavoro clinico di assessment;
h) essere basato su evidenze scientifiche e **non** includere strumenti o protocolli adatti alla ricerca, ma non validitati nella clinica;

i) essere in stretta continuità con la progettazione terapeutica, della quale deve essere un elemento favorente il successo attraverso la traghettazione dell'alleanza di lavoro nell'assessment nell'alleanza di lavoro nella terapia: la definizione degli obiettivi iniziali della cura e la loro stadiazione gerarchica nel tempo dovrebbe avvenire al termine della fase di assessment. Assessment e terapia non sono momenti indipendenti (o, peggio, contrapposti), rappresentano due punti separati nel tempo, ma in continuita', di uno stesso percorso terapeutico;
j) essere coerente col modello di intervento terapeutico e includere sia elementi descrittivi, sia elementi "inferenziali": deve, comunque, risultare utile e comprensibile al paziente. I modelli inferenziali sono utili per incrementare il significato di aspetti descrittivi adeguatamente rilevati, in assenza dei quali vengono ad essere spesso pure speculazioni unilaterali del clinico di difficile o nulla comprensibilità da parte dell'utente. In altre parole, i modelli descrittivi devono precedere nell'assessment i momenti inferenziali, tenendo sempre presente che non vi sono dati che consentano di sostenere una bi-univocità di rapporti tra modelli inferenziali e modelli descrittivi: per es., quando è presente una diagnosi di disturbo

borderline di personalità vi sono dinamiche dissociative in atto , così come quando rilevo delle dinamiche dissociative in atto sicuramente vi è un disturbo borderline di personalità. In altri termini, si deve sempre partire da una raccolta completa degli aspetti descrittivi, inserendo gli elementi inferenziali per "aprire al senso" ulteriormente l'esperienza del cliente.
Gli aspetti descrittivi dovrebbero essere sempre descritti in base a modelli operazionali affidabili e validi: per gli aspetti sintomatologici, riteniamo ottimo basarsi sul DSM-5;
k) i metodi e gli strumenti dell'assessment devono essere sempre sostenibili dal paziente: è precisa responsabilità del clinico scegliere il bilancio tra accuratezza e utilità diagnostica dello strumento da un lato, e sostenibilità emotiva dello stesso da parte dell'utente, dall'altro. E' inoltre, responsabilità precisa del clinico la presentazione adeguata di test altamente emotigeni (per es., AAI, test proiettivi, ecc.) all'utente, così come la gestione delle eventuali eruzioni sintomatologiche legate alla valutazione;
l) aumentare nell'utente il senso di conoscibilità, prevedibilità e coerenza narrativa della propria esistenza;
m) essere condiviso con l'utente nella fase di restituzione del processo di assessment;
n) aumentare il grado di condivisibilità della rappresentazione del funzionamento mentale dell'utente tra i membri dell'équipe terapeutica (aiutare tutti gli operatori coinvolti a raggiungere una visione coerente dell'"avere in mente la mente" dell'utente.

Quando è di interesse una valutazione della personalità disfunzionale, il DSM-5 fornisce un Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità (MADP) che presenta numerosi vantaggi rispetto al modello incluso nella Sezione II e che rappresenta il semplice copia-e-incolla di criteri per i disturbi di personalità inclusi nell'asse II del DSM-IV. Anche se questo non è certo il luogo più adeguato per una trattazione esauriente del MADP, vale la pena di sottolinearne alcuni punti che lo rendono nettamente superiore per la presa di decisioni cliniche, maxime nel contesto comunitario, rispetto al vecchio modello:

a) contiene una definizione chiara delle funzioni centrali della personalità adattiva - funzione del Sé e funzione Interpersonale - e considera la patologia di personalità come l'esito di una compromissione di queste;
b) pur mantenendo la possibilità di sei diagnosi distinte (disturbi evitante, ossessivo-compulsivo, schizotipico, antisociale, borderline e narcisistico di personalità), il MADP è essenzialmente dimensionale (o ibrido dimensionale-categoriale), consentendo di tagliare l'assessment su misura per il paziente, invece di forzare l'esperienza del paziente entro categorie diagnostiche predefinite e destituite di validità scientifica;
c) si tratta di un modello il cui elemento centrale (il cosiddetto Criterio A) richiede la valutazione di aspetti presi in considerazione dalla maggior parte dei clinici nelle loro valutazioni usuali: chiede, infatti, di valutare la compromissione nell'Identità

(funzione del Sé), nell'Autodirezionalità (funzione del Sé), nell'Empatia (funzione Interpersonale) e nell'Intimità (funzione Interpersonale);
d) da ai clinici una scala per la valutazione della compromissione specifica per la personalità disfunzionale, la Scala per i Livelli di Funzionamento della Personalità, il cui punteggio varia da 0 (massimo funzionamento) a 4 (massima compromissione nel funzionamento): un punteggio di 2 in almeno una delle quattro sottofunzioni della funzione del Sé e della funzione Interpersonale è necessario per una diagnosi di disturbo di personalità;
e) una volta valutata la presenza di una compromissione nelle aree centrali del funzionamento di personalità e la sua gravità, il MADP chiede al clinico di completare la valutazione ragionando in termini di profilo di intensità di espressione di tratti disfunzionali - ossia di funzionamento mentale - non in termini di presenza/assenza di sintomi (come nel DSM-IV). Ne deriva un modello della personalità patologica dell'utente in continuità con la presa di decisioni relative al processo di cura, coerente col modo di ragionare dei clinici di comunità (e non solo), che aiuta a porre in continuità le dimensioni disadattive da un lato con la compromissione nelle funzioni centrali della personalità, dall'altro coi tratti potenzialmente adattivi, favorendo quella visione diacronica cui si accennava in precedenza che porta alla genesi creativa di ipotesi nel clinico relative ai percorsi evolutivi disarmonici inferiti dell'utente;
f) il MADP ambisce ad eliminare il problema delle diagnosi clinicamente inutili (per es., il disturbo misto di personalità) e la sovrapposizione diagnostica dovuta a categorie che rappresentano confini arbitrari lungo aspetti disfunzionali distribuiti in modo continuo;

g) il MADP fornisce al clinico un sistema flessibile anche nell'accuratezza descrittiva, che va da 5 domini generali a 25 tratti di base per la genesi del profilo dell'utente;
h) il MADP resta un modello robustamente trans-teoretico (ossia, fruibile da clinici di formazione differente che integra gli elementi centrali comuni alle principali teorie della personalità di rilievo nella clinica) e fondato su evidenze scientifiche;
i) il MADP è un modello utilizzabile anche a fini certificativi (ossia, medico-legali);
j) il MADP ha una gamma di strumenti di riferimento per la valutazione del criterio B (i tratti disfunzionali), noti familiarmente con l'acronimo di PID-5;
k) il MADP è pensato specificamente per la diagnosi nel ciclo di vita: consente di valutare non solo i quadri problematici definiti dell'adulto, ma anche le disarmonie personologiche emergenti in età evolutiva.
In sintesi, queste considerazioni sottolineano con forza come i clinici che lavorano nel contesto comunitario dovrebbero considerare il MADP del DSM-5 come cardine dell'assessment delle disfunzionalità personologiche dei loro utenti.

6. La ricerca e gli studi sugli esiti dei trattamenti

La sempre crescente necessità di avvalorare l'adeguatezza dell'uso delle risorse basandosi sugli esiti dei trattamenti impone, oggi maggiormente di un tempo, la

possibilità di monitorare e valutare il cambiamento, ossia l'efficacia dell'intervento comunitario, che però rimane una pratica ancora molto lontana da una sua attualizzazione.
Ad oggi, infatti, è da considerarsi ancora molto complesso il processo di ricerca che possa restituirci una valutazione dei risultati dell'intervento comunitario in termini di efficacia.
Gli studi sugli esiti dei trattamenti si sono in genere orientati secondo i diversi approcci della ricerca. Un approccio outcome research, che cerca di avvalersi di strumenti standardizzati che possano misurare dimensioni individuali sia generali che specifiche, inerenti i disturbi e le problematiche del soggetto (test standardizzati, scale), generalmente confronta i risultati dell'assessment iniziale e finale, e consente di accertare se l'intervento terapeutico ha ridotto effettivamente i sintomi e i disagi producendo nel soggetto un assetto di personalità più integrato e adattivo. La particolare attenzione dedicata a quegli effetti del trattamento che i pazienti percepiscono e giudicano come più importanti, ad esempio, una modificazione nella "capacità di funzionare" nella vita quotidiana, la soddisfazione o, nel caso di malattie croniche, la qualità della vita, rendono i risultati spesso "centrati sul paziente" o "patient-oriented measures", aspetti che, per essere esaustivi, devono poter essere integrati con diversi indicatori anche meno soggettivi. La process research, invece, che solitamente effettua un monitoraggio delle ipotesi sulle matrici psicopatologiche dei problemi del soggetto e sulle strategie di cambiamento nel corso della terapia, attraverso verifiche periodiche, indipendenti dal risultato finale del processo, tende ad accertare, grazie all'integrazione della rilevazione dei dati con i riferimenti teorici, non solo se e quanto, ma perché un trattamento funziona con una determinata tipologia di pazienti e non funziona invece con altri; quali processi psichici vengono attivati e quali assetti di personalità vengono modificati.
Se è pur vero che attualmente la comunità scientifica sta tentando di superare la focalizzazione estrema tra processo e risultato, per interessarsi all'osservazione delle variabili processuali che mediano maggiormente un determinato risultato psicoterapeutico (Burlingame, Strauss, & Joyce, 2013; Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi, & Giannone, 1998), non possiamo che convenire con quanto affermato da J. Lees sulla necessità di poter attuare ricerche quantitative e qualitative comparative sulle Comunità terapeutiche che permettano di suffragare l'evidenza clinica dell'efficacia del trattamento comunitario. Un tema su cui c'è evidentemente ancora molto lavoro da fare:

> *"E' necessario avvalersi di un altro tipo di ricerca comparativa sulle Comunità Terapeutiche per controbattere l'accusa che non ci siano prove per dimostrare che esse sono efficaci anche se costose. In quanto ci sono invece prove di dimostrata evidenza clinica che le CT producono cambiamenti nella salute mentale delle persone; anche se questo ha bisogno di essere suffragato da studi di ricerca quantitativi e qualitativi di buona qualità" (Lees et al. 1999).*

Conclusione

Abbiamo qui parlato spesso della Comunità come strumento della cura, ma forse, per concludere questo insieme di riflessioni, che pure, come dicevamo, devono restare dialetticamente aperte, dobbiamo concederci, infine, di indicare **la Comunità** come **un vero e proprio Metodo terapeutico di trattamento.**

Un metodo di trattamento intensivo per quelle persone che presentano situazioni esistenziali e cliniche di una certa complessità e gravità, che non possono trovare una risposta così articolata in altri metodi di trattamento.

La comunità come metodo ha la sua organizzazione, la sua temporalità, la propria specifica competenza clinica, la sua spazialità, e tutto ciò che concorre a delineare la sua identità istituzionale.

Un'identità istituzionale peculiare per il Modello di cura e la Strutturazione operativa professionale della singola istituzione, che in questo modo può declinare una sua specificità riconoscibile di offerta, specialistica per determinate tipologie di pazienti e necessità di trattamento.

La possibilità di scelta della cura dunque, attraverso il mantenimento della pluralità dell'offerta specialistica delle singole istituzioni, consente di restituire senso a parametri che valorizzino e il Soggetto della cura e la Clinica, un senso oggi messo a repentaglio dal prevalere di altre logiche sempre più pericolosamente distanti da questi.

Bibliografia

Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W., *Mentalizing in Clinical Practice*, Arlington: American Psychiatric Publishing, 2008.

Bateman, A.W., Fonagy, P. , *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*, Oxford: Oxford University Press., 2006.

Bateman A., Fonagy, P., *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*, Oxford: Oxford University Press, 2004.

Bauman Z. *Intervista sull'identità*. A cura di Benedetto Vecchi, Gius. Laterza& Figli e polity Press, 2003.

Bion, W.R. *Experiences in groups*. Tavistock Publications, London, 1961 (Tr. it.: *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1971).

Bowlby J. *Attaccamento e perdita. 1: L'attaccamento alla madre,* II ed. riveduta e ampliata, Bollati Boringhieri, Torino, 1999.

Bowlby J. *Attaccamento e perdita. 2: La separazione dalla madre*, II ed., Bollati Boringhieri, Torino, 1999.

Bowlby J. *Attaccamento e perdita. 3: La perdita della madre*, Torino, Boringhieri, 1983.

Burlingame, G. M., Strauss, B., & Joyce, A. *Change mechanisms and effectiveness of small group treatments*. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and evaluating feedback in group therapy behavior change (6th ed., pp. 640 – 689). New York, 2013.
Caligor E., Kernberg O., Clarkin J. F. *Patologie della personalità di alto livello*, Cortina (17ottobre2012).

Chan M. Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, *Prefazione al Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020,* Mental Health Action Plan 2013-2020, OMS, 2013Clarkin J. F., Yeomans F. E., Otto F. Kernberg O., *Psicoterapia delle personalità borderline* Cortina, 2000.

Corbella S., Girelli R., Marinelli S., *I gruppi omogenei. Teoria e clinica del campo mentale omogeneo*, Borla, Roma, 2004.

Correale A., Cangiotti F., Zoppi A. *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze,* Franco Angeli, Milano*,* 2013.

Corulli M. a cura, *Terapeutico e antiterapeutico: cosa accade nelle comunità terapeutiche*, Bollati Boringhieri, Torino, 1997.

Corulli M., Giannini P., Grosso L., Sabena L., *Appunti sul movimento delle Comunità Terapeutiche in Italia. Nascita, sviluppi, enfatizzazioni e ridimensionamenti, malefici e malesorti...*in Comunità terapeutiche per la salute mentale. Intersezioni.A cura di Malinconico A., Prezioso A., Milano, Franco Angeli, 2015.

Corulli M., Giannini P., La doppia diagnosi in Comunità terapeutica, aneddoti e Riflessioni, *Rivista "Dal Fare al Dire", edizioni Publiedit,* N° 1 anno 2014.

Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Biasi M., Giannone F., Valutare le psicoterapie. La Ricerca Italiana, Franco Angeli, Milano, 1998.

Ferruta A., Foresti G., Vigorelli M. a cura di, *Le Comunità Terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*. Raffello Cortina, Milano, 2012.

Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. a cura di, *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*. Raffello Cortina, Milano, 1998.

Fonagy,P., Target,M., *Attaccamento e Funzione Riflessiva: Selected papers of Peter Fonagy and Mary Target*, Lingiardi,V. (a cura di) Milano: Raffaello Cortina. Bateman, 2001.

Fossati, A., Borroni, S., Somma, A., Markon, K. E., & Krueger, R. F., *Testing relationships between DSM–5 Section III maladaptive traits and measures of self and interpersonal impairment in Italian community dwelling adults*. Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 2016.

Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Maffei, C., Markon, K. E., & Krueger, R. F., Borderline personality disorder and narcissistic personality disorder diagnoses from the perspective of the DSM-5 personality traits: A study on Italian clinical participants. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 939-949, 2016.

Giannini P. *Inserimento in Comunità procedure o processi*? In "Le comunità terapeutiche", a cura di Ferruta, Foresti, Vigorelli, Raffaello Cortina, anno 2012; Capitolo IX, pagg. 348-370.

Giannini P. *Alleanza Terapeutica, Autorevolezza di Sé e Dinamica Di Responsabilità In Un Processo Interattivo che conduce ad un Patto*, Atti del Convegno: L'alleanza terapeutica nelle comunità residenziali tra dipendenza istituzionale e appartenenza sociale, Mito & Realtà, Milano, 2015.

Giannini P., Salvi V., Dalla Valle A., Ortalda F., Fossati A., Corulli M. *Esito del trattamento in comunita' terapeutica, follow up e miglioramento della qualità della vita* Atti del IX Congresso Nazionale della SPR Italia sezione italiana della Society for psychotherapy research, 2012.

Giannini P., Salvi V. *Gli esiti del trattamento nella Comunità Terapeutica "Il Porto" (To): uno studio di follow up;* Atti del Convegno: La ricerca in psicoterapia nell'era del dsm-5: back or forth? - il XI Congresso Nazionale SPR-ITALY area group Padova 2014.

Griffiths, P. - Hinshelwood, R. (1995) *A culture of inquiry: Life within a hall of mirrors*, Paper pres. at ISPSO Annual Symposium, London 1995 (Tr.it. "*Una cultura dell'indagine: la vita in una sala degli specchi*" Pubbl. in Psychomedia: www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/grifhin1.htm).

Haig R., Turbeville J. *Community of Communities e il movimento delle CT in Inghilterra: passato, presente e futuro*, Atti del Convegno: Comunita' terapeutiche a confronto: modelli e pratiche. fra frammentazione e validazione, Mito & Realtà, Milano, 2016.

Hinshelwood R.D., *Comunità Terapeutiche "vere e proprie" e "improprie". Una riflessione su alcune visioni inglesi e italiane,* in Comunità terapeutiche per la salute mentale. Intersezioni. A cura di Malinconico A., Prezioso A., Franco Angeli, Milano, 2015.

Hinshelwood, R.D., (1985) *Anti-therapeutic forms of cohesiveness in groups*. International Journal of Therapeutic Communities, 6(3): 133-42. (Trad.it. "*Forme antiterapeutiche di coesione nei gruppi*". In: M.Corulli, a cura, Terapeutico e antiterapeutico. Cosa accade nelle comunità terapeutiche? Boringhieri, Torino, 1997).

Hinshelwood R.D., *Creatures of Each Other: Some historical considerations of responsibility and care and some present undercurrents*, in Foster A., Roberts V.Z., Managing mental Health iin the Community: Chaos and the Containment, London, Routledge,1998.

Knobloch F., Knobloch J. *Comunità Terapeutica come parte di Psicoterapia Integrata* University of Canada, Social Psychiatry Springer New York, 1984.

Kernberg O. *Disturbi gravi della personalità,* Bollati Boringhieri Torino, 1987.

Kernberg O. *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Cortina 1996.

Kernberg O. *Narcisismo, aggressività e autodistruttività nella relazione psicoterapeutica,* Cortina, 2005.

Kernberg O., Xella C., *Le relazioni nei gruppi. Ideologia, conflitto e leadership*, Cortina, 1999.

Kracauer, S. (1995), *The Mass Ornament*: *Weimar Essays*, Harvard University Press.

Krueger, R. F., & Markon, K. E., The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477-501, 2014.

Lees J.,Manning N. *A Culture of Enquiry: Research Evidence and the Therapeutic Community*, Jessica Kingsley Pub, London, 2003.

Lewin K. (1935) *Teoria dinamica della personalità*, Giunti Editore, Milano, 2011.

Madeddu F., Dazzi S., *Devianza e antisocialità. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Cortina, 2008.

Mahaler M., Pine F., Bergman A., Ammaniti M. *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.

Main T. *Il concetto di comunità terapeutica*. In: La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1992.Malinconico A., Prezioso A. a cura di, *Comunità Terapeutiche per la salute mentale. Intersezioni.* Franco Angeli, Milano, 2015.

Maxwell J., *Il processo di cambiamento. Nascita e trasformazione di una comunità terapeutica.* Franco Angeli, Milano, 1987.

Plakun. E. M. a cura, *Resistenza al trattamento e Autorità del paziente* (Austen Riggs Center), Ananke per Il Porto Onlus Ed., 2015.

Rapoport, R.N. *Community as Doctor: New perspectives on a Therapeutic Community.* London: Tavistock Publ., 1960.

Rapoport R.N. Community as doctor: New Perspectives on a Therapeutic Community. Tavistock Publications, London, 1968.

Salvi V., Boccardo F., Giannini P., Metello Corulli M. Gli esiti del trattamento riabilitativo in comunità terapeutica: uno studio di follow-up. *Rivista di Psichiatria* n°2/2016.

Shapiro E. *Struttura terapeutica per la comunità terapeutica. Un atteggiamentointerpretativo*, Atti del Convegno: La psicopatologia in un'epoca che cambia Cambiamenti dei quadri psicopatologici e dei modelli teorici in 100 anni, Il Porto ONLUS, Torino, 2016.

Stone, M.H. (2002). *Pazienti trattabili e non trattabili. I disturbi di personalità.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007.

Winnicott D. *Il bambino e il mondo esterno*, Giunti e Barbera, Firenze, 1973.

Winnicott D *Gioco e realtà*, Armando, Roma,1974.

Winnicott D *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Armando, Roma,1974.

Whiteley, J.S, Collis M., Therapeutic factors applied to group psychotherapy in a therapeutic community, *International Journal of therapeutic communities*, 1987.

Whiteley, J.S Sociotherapy and psychotherapy in the treatment of personality disorder: discussion paper, *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol.79, 1986.
.
Whiteley S., Collis M. The therapeutic factors in group psychotherapy applied to the Therapeutic Community. *International Journal of Therapeutic Communities* 18(1):27–37, 1987.

Whiteley S. *The evolution of the therapeutic community* Article *Psychiatric Quaterly* September 2004, Volume 75, Issue 3 pp 279-294.

Whiteley, J.S. and Gordon, J. *Group Approaches in Psychiatry*, Routledge & Kegan Paul, London, 1979.

Yeomans F. E., Clarkin J. F., Kernberg O. *La terapia focalizzata sul transfert per il disturbo borderline di personalità*, Giovanni Fioriti editore, 2017.

Note

(1) Vi sono diversi studi, riflessioni e posizioni di pensiero in merito alla efficacia di trattamento di gruppi omogenei di pazienti, come ci indica un'interessante raccolta in un testo del 2004, a cura di S. Corbella, R. Girelli e S. Marinelli.
Per "assessment" s' intende la valutazione globale e differenziale del paziente, nell' unicità e complessità psicologica che lo caratterizza, considerando le sue risorse e i suoi limiti.

(2) Il termine deriva dal latino *assidere*, "sedere come giudice" e anche da *assise*, "sessione di giudici nei municipi". Infatti il termine nella lingua inglese significa "valutare, stimare, giudicare"; si può anche rendere come "accertare il valore (di qualcosa) per enfatizzare l' aspetto processuale (in termini psicologici) e non immediato della valutazione.

Gli Autori

Patrizia Giannini, Psicologa Psicoterapeuta, membro PDlab, Associazione per lo studio ed il trattamento dei Disturbi di Personalità, in fase di Certificazione Transference-Focused Psychotherapy (TFP) therapist (ISTFP Training & Education Committee). Dal 2001 Responsabile del Servizio Accettazione, Psicodiagnosi e Ricerca delle Comunità Terapeutiche Il Porto ONLUS, Moncalieri (TO); in questa sede si occupa della valutazione diagnostica e della progettazione terapeutica nonché di Ricerca clinica sugli esiti del trattamento dei pazienti. Membro del consiglio direttivo dell'Associazione Mito & Realtà, dal 1990 si occupa del Modello di trattamento della Comunità Terapeutica, ed è autrice di pubblicazioni inerenti il Contratto terapeutico, il trattamento e le dinamiche istituzionali. Nel suo Studio privato a Torino svolge l'attività di psicoterapeuta per adolescenti e adulti.

Email: p.giannini@ilporto.org

Andrea Fossati è Professore Ordinario di Psicometria (M-PSI/03) presso l'Università Vita-Salute

San Raffaele di Milano. È a capo dell'équipe che si occupa dell'Assessment dei Disturbi di Personalità presso L'unità di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Ospedale San Raffaele Turro di Milano. La sua attività di ricerca è focalizzata sull'applicazione dei metodi quantitativi in psicologia clinica, con un interesse specifico nell'assessment dei tratti di personalità adattivi e disfunzionali, i disturbi di personalità, e le patologie legate all'impulsività e all'aggressività. È membro dell'ICD-11 Working Group for the Reclassification of Personality Disorders e dal 2007 fa parte del Board dell'International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD). È Socio Fondatore della Associazione Italiana per lo Studio dei Disturbi della Personalità (AISDP), di cui è stato in passato presidente. È stato anche socio fondatore dell'International Society for Research on Impulsivity (ISRI). Attualmente fa parte del consiglio editoriale della rivista Assessment, Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, e della rivista Personality and Mental Health.

Email: fossati.andrea@hsr.it