

## **Le strutture portanti della comunità terapeutica: la dialettica tra individuo e gruppo, tra organizzazione clinica e vita quotidiana**

*Marta Vigorelli*

### **Abstract**

Il contributo esprime una visione generale, scaturita soprattutto dalla conoscenza delle comunità del network di “Mito&Realtà” e delinea le strutture portanti dell’architettura comunitaria, mettendo in risalto l’impianto di base e le articolazioni interne che fanno funzionare l’insieme per realizzare quelle finalità cliniche, riabilitative e sociali che costituiscono la sua mission. La CT è presentata come organismo complesso e percorso di cura definito nello spazio e nel tempo, che si sviluppa in un momento iniziale di accoglienza (come periodo di prova, processo di valutazione e contratto terapeutico riabilitativo), in interventi individuali, gruppali (assemblea, riunioni, varie tipologie di gruppi) e interventi con i familiari: una fase di inserimento, attaccamento e avvio al distacco con l’inserimento nella rete sociale. Grande rilevanza è data alla quotidianità e al clima come sfondo operante di integrazione e trasformazione, a partire dai risultati della letteratura internazionale e dai recenti studi dell’Infant Research sui processi di sintonizzazione, rottura e riparazione.

**Keywords:** comunità terapeutica, leadership, followership, sintonizzazione, progetto terapeutico, case manager, *milieu*

*Un’architettura solida, leggera, mobile*

*“Nella mia concezione personale pensare all’istituzione tende ad assumere la forma di un’architettura: del resto la disciplina dell’architettura da sempre è stata al confine tra costruzione di strutture rigide e plasticità conformata secondo le esigenze degli esseri viventi che le usano, dalle caverne dei primitivi (...) fino alle architetture dei regimi totalitari riconoscibili come incapaci di ospitare esseri viventi, fino alle architetture che tendono a negare l’istituzione necessaria a favore di un’instabile creatività individuale (...) Renzo Piano con le sue costruzioni calate nel tessuto sociale, stabili e leggere fornisce esempi di istituzioni necessarie: solide, leggere e luminose (...) Per esempio il Beaubourg di Parigi dove le strutture che tengono in piedi l’edificio non sono celate sotto terra o coperte di intonaci, ma sono mostrate in bella vista, colorate potenti, orgogliose di provvedere a far funzionare l’insieme” Anna Ferruta, 2016.*

La comunità terapeutica è un organismo vivente, un’orchestrazione di molteplici strumenti e protagonisti (operatori, residenti, familiari, inviati, reti naturali ecc.) un’istituzione quindi ben evocata da questa immagine suggerita da Anna Ferruta, di architettura solida, ma leggera e dinamica.

In questo contributo cercherò di delineare quali sono le strutture portanti di questa architettura, mettendo in risalto l’impianto di base e le articolazioni interne che fanno funzionare l’insieme per realizzare quelle finalità cliniche, riabilitative e sociali che costituiscono la sua mission essenziale. Mi pongo al di là degli obiettivi specifici, che è importante poi declinare secondo le diverse caratteristiche delle CT: per residenti adulti o adolescenti o minori, per psicotici, o pazienti con disturbi di personalità, doppia diagnosi e tossicodipendenza, o autori di reato, per madre-bambino, per donne che hanno subito violenza ecc. sia tipologie di antica data, ma anche quelle che stanno nascendo di recente sul nostro territorio nazionale.

Si tratta di una visione generale, scaturita soprattutto dalla conoscenza delle comunità del network di “Mito&Realtà” che da alcuni anni stanno elaborando indicatori che potrebbero costituire un minimo comun denominatore per un “modello italiano” di Comunità. Pur nella diversità dei tipi di fondazione e di assetto (privato accreditato o pubblico) una prima caratteristica fondamentale che le

accomuna è rappresentata da una impostazione democratica con una *leadership* clinica e organizzativa, distinta ma in costante dialogo, uno staff che funziona da *followership* (1), che promuove e sostiene le molteplici attività con una corresponsabilità gruppale orientata all'integrazione (2) e al mantenimento di un clima emotivo-affettivo sicuro e protettivo sia per i residenti che per gli operatori. (Correale 1990; Obhlozer, Perini 2001, Perini 2012; Ferruta 2012). Comunità dai *confini* definiti, ma permeabili e aperti al costante confronto teorico-clinico con altre CT e all'inclusione nel tessuto sociale locale o più ampiamente regionale, nazionale e internazionale (Barone, Bruschetta 2015).

Per chi si avvia all'inserimento, la comunità terapeutica è un percorso di cura con un tempo e uno spazio definito, in cui poter sviluppare quella dialettica continua di tra momenti di intimità individuale e ascolto privato ed esperienze gruppali che lo pongono a confronto con l'Altro da sé (sia simbolico che reale) nelle molteplici sfaccettature dei comportamenti e delle proiezioni che si incrociano costantemente nel vivere quotidiano; quindi da un lato propone un progetto evolutivo "su misura" con un riferimento centrale personalizzato (sia esso l'operatore di riferimento o uno psicoterapeuta) volto alla coesione, all'irrobustimento del sé e all'acquisizione di capacità riflessive e dall'altro una dimensione di gruppo che possa far crescere un senso di appartenenza e responsabilizzazione, come premessa per aprirsi gradualmente alle connessioni con le reti familiari, sociali esterne alla CT. E' su questa difficile compresenza e oscillazione tra Sé e l'Altro che si gioca gran parte dell'efficacia del trattamento, pur negli inevitabili sbilanciamenti, tra chiusure e ritiri o immersioni coinvolgenti e spesso deflagranti (Napolitani, 1987)

Inoltre con il trattamento residenziale ci troviamo immersi in una realtà molto complessa e multidimensionale che comporta un'organizzazione specifica; "Un paziente in Comunità è infatti soggetto a vari "interventi" contemporaneamente: psicofarmaci, psicoterapie individuali e gruppali, interventi riabilitativi psicosociali, interventi sulla famiglia, influenza del *milieu* e del corso naturale del disturbo, eventi contingenti, etc. Pertanto, in CT, bisognerebbe quantomeno parlare di "relazioni terapeutiche", piuttosto che di "relazione terapeutica" (Maone, 2011). In ogni caso però anche per i pazienti più gravi la *qualità delle relazioni interpersonali* si è rilevata come nucleo centrale (core) delle pratiche ed è associata ad esiti favorevoli attraverso un ampio range di setting e di popolazioni di pazienti; si tratta quindi di articolare questi molteplici setting, in modo flessibile, secondo le fasi del percorso terapeutico personalizzato e condiviso, utilizzando pienamente le potenzialità sia degli spazi individuali, che collettivi.

Ma qual è la condizione perché questa dialettica individuo-gruppo si possa sviluppare con esiti favorevoli?

Secondo gli studi internazionali pertinenti (Priebe, Gruyters, 1993; McCabe, Priebe, 2004) e le esperienze accumulate in innumerevoli anni di percorsi e dimissioni, il presupposto è rappresentato dalla *costruzione condivisa del progetto tra paziente, famiglia, servizio inviante e gruppo CT* e dall'alleanza terapeutica che si conquista dopo una fase preliminare che ogni comunità - che si possa definire terapeutica - deve cercare di garantire. Se qualcuno di questi attori è carente, per assenza, indifferenza o ostacola l'inserimento per le mille possibili ragioni che abbiamo sotto gli occhi tutti i giorni, il "compito" di questo metodo di cura diventa da subito difficile, affaticato e spesso destinato al fallimento. E' importante essere consapevoli di questi limiti, per escludere aspettative idealizzanti e irrealistiche, che portano spesso all'esaurimento della motivazione degli operatori e al drop-out dei pazienti.

### 1) *Accoglienza*

*periodo di prova, processo di valutazione e contratto terapeutico riabilitativo*

Ecco quindi la prima struttura portante gruppale che possibilmente deve tenere le fila di tutti gli attori in gioco: un servizio che nelle diverse CT può prendere diversi nomi accoglienza, inserimenti ecc. (Giannini, 2012) partendo da un'attenta valutazione multidimensionale, che spesso non è realizzata dagli invianti (troppo sovrastati dalle incombenze

istituzionali) e da un periodo preliminare di osservazione. Non si tratta solo di riformulare l'inquadramento diagnostico, anche con la necessaria ricostruzione della storia intergenerazionale del paziente, ma di realizzare una funzione di *filtro della domanda* e di lavoro per *comprendere pienamente le indicazioni all'inserimento in Ct*, e quindi avviare un processo decisionale consapevole. Le domande da porre potrebbero essere: la comunità terapeutica è lo strumento utile in questo momento, per questo paziente? Quale altro metodo potrebbe essere più adeguato? Nel caso si possa contare su un Network di comunità con gruppi semi-omogenei, o con caratteristiche che potrebbero essere più compatibili: qual è il "matching" adatto per quel tipo di paziente in quale tipo di Ct?

Pensiamo che questi interrogativi, importanti anche nelle strutture pubbliche, che possono usufruire di una gamma differenziata di livelli protezione e di intensità riabilitativa, siano da porre al di là delle pressioni esterne, degli interventi di obbligatorietà, delle ragioni economiche, che sono ovviamente da considerare; ma se queste diventano prevalenti, si sa a priori che possono portare a un outcome sfavorevole o parziale, a un aumento dei ricoveri nei reparti di acuzie, a tentativi auto ed eterolesivi, a interruzioni che incrementano una cronica criticità, con il conseguente aumento esponenziale dei costi.

La risposta a questi interrogativi e un periodo di osservazione che varia secondo la disponibilità di ogni struttura e il potenziale accordo tra gli attori (in alcuni casi anche partendo da un'alleanza al domicilio del paziente) portano a quel patto terapeutico sottoscritto dal paziente nella fase iniziale del percorso, con un progetto che investe i tre livelli fondamentali della persona: quello biologico, psicologico e ambientale-sociale. Inserirle nel piano da verificare almeno semestralmente sono le attività terapeutico-riabilitative, ed educative (per i minori) scelte in collaborazione con il paziente, per promuovere lo sviluppo delle sue risorse, ma anche tenendo conto delle fragilità e dei bisogni di dipendenza (nei casi di psicosi) della sua personale storia esistenziale e clinica.

Nelle CT più evolute questa fase prosegue con un monitoraggio continuo (con l'uso di più strumenti) per valutare i progressi o regressi nelle diverse aree sia del funzionamento mentale, che delle reti relazionali e la qualità della vita dell'ospite (3) e, dove è possibile, un follow up a uno o due anni. In una CT di eccellenza della nostra rete, la Gnosis, è stato inaugurato da alcuni anni, un interessante *protocollo di valutazione comprensivo* di tutti i fattori dell'architettura organizzativa per seguire l'andamento e la valutazione dell'efficacia dell'intervento comunitario, che coinvolge: il paziente (funzionamento globale, funzionamento cognitivo, caratteristiche di personalità e livello sintomatologico); la famiglia (carico di cura oggettivo e soggettivo, adattamento e flessibilità nelle relazioni intra-familiari); l'operatore (rappresentazione del clima di comunità, livelli di stress e burn-out) e, più in generale, il funzionamento della comunità (caratteristiche fisiche, contesto istituzionale, caratteristiche dei pazienti e degli operatori, clima sociale, politiche e servizi). Il quadro che ne emerge, anche con elaborazioni statistiche, (4) restituito a operatori e residenti può coinvolgere tutti nell'impegno di auto-osservazione ed essere spendibile nei confronti dei referenti istituzionali esterni.

Questa modalità di valutazione di routine insieme al processo di accreditamento alla pari del Visiting (Vigorelli 2012, 2015, 2016; Bruschetta, Frasca 2016) e alla supervisione clinica, rispecchiando la complessità di questo dispositivo di cura, possono garantire una buona manutenzione dell'andamento ecologico della CT, una prevenzione della cronicità e del burn out degli operatori e soprattutto un continuo miglioramento della qualità della cura.

## **2) Interventi individuali**

Ogni CT propone una gamma possibile di interventi che vanno dal semplice colloquio di ascolto e di sostegno o di gestione personalizzata della crisi, alla psicoterapia vera e propria che il residente può condurre all'interno o all'esterno della CT: psicoterapia orientata al supporto e alla vitalizzazione del Sé nelle psicosi e alla mentalizzazione e al contenimento degli acting per i pazienti borderline. Non ci soffermiamo sulla ricchezza di modelli che si utilizzano sia per la sofferenza psicotica, che borderline ecc. rimandando ai capitoli II, IV, V, VI del volume edito da

Mito&Realtà nel 2012 (Ferruta, Correale, Biaggini, Bencivenga, Ghisotti 2012) (5) che affrontano anche questi aspetti individuali. Ribadiamo invece l'importanza di una figura centrale (sostenuta da una microèquipe) costituita dall'operatore di riferimento del residente, nel linguaggio attuale *case manager*, con la funzione di sintesi e integrazione dei vari aspetti formali e informali che il residente esprime e proietta nelle svariate esperienze che vive in comunità. Avendo nella mente la complessità in fieri, questa figura centrale può interfacciarsi con competenza con gli invianti e i familiari, fornendo una rappresentazione dinamica ed evoluta del paziente con le acquisizioni realizzate nel corso del tempo, in parte nuova rispetto a quella cristallizzata iniziale, aiutando così il distacco e un modo nuovo di reinserimento nel contesto di partenza, soprattutto laddove il residente non possa realizzare una completa autonomia.

### 3) *Interventi gruppal*

#### *L'Assemblea*

Fin dalle origini delle Comunità terapeutiche in Inghilterra negli anni '50, l'assemblea di comunità ha costituito un momento centrale della vita di questo metodo di cura e in tutte le forme di comunità terapeutica ritroviamo la presenza di questo tipo di riunione. La visione stessa di Comunità intesa come sistema strutturato nella quotidianità che coinvolge attivamente i residenti con tutte le figure professionali (compreso il giardiniere, gli amministratori e chi si occupa delle questioni finanziarie ecc). elaborata da Tom Main, e per noi ancora valida, indica l'assemblea come uno degli strumenti rituali fondamentali per sviluppare il processo di *responsabilizzazione* collettivo, tramite l'auto-osservazione e la riflessione di tutte le sue strutture e dinamiche interne secondo il metodo della "culture of inquiry".

Essa consente la trasmissione della cultura, dei modelli relazionali e delle pratiche di comunità a diverse generazioni di pazienti, facendo convergere tutti i trattamenti terapeutici e tutti gli altri incontri, casuali, informali e professionali; fornisce inoltre una base creare il legame emotivo comune tra i suoi membri e per elaborare i conflitti promuovendo il senso di *appartenenza*, (6) sperimentando l'atmosfera prevalente e confermando i valori della vita di Comunità (Hinshelwood, 1982; Corulli, 1997; Vigorelli, Gravina 2015). Inoltre è all'interno della riunione di Comunità democratiche che sono discusse, definite e riconosciute *le regole* della Comunità, fondamentali per garantire la convivenza e la terapeuticità; qui vengono anche elaborate le modalità riparative per affrontare la loro violazione, sono espressi differenti punti di vista e sperimentati processi decisionali secondo voti di maggioranza, con la guida di una leadership che coinvolga anche i residenti senior, per esperienza e senso di cooperazione. In questa ambito si condividono infine le notizie sulle dimissioni e l'accoglienza dei pazienti o su cambiamenti nello staff, si valuta l'andamento della partecipazione e il clima complessivo del momento.

#### *Riunioni*

Ogni comunità sviluppa in modo proprio questi tipi di incontri (Ferruta, Vigorelli, 2012), ma con alcune costanti: - *riunioni di tutto il personale*, nelle quali dare spazio alla cultura di ricerca, volta a capire gli episodi e le dinamiche terapeutiche, allo scopo di apprendere dall'esperienza e di favorire una effettiva capacità di cambiamento, e di decisionalità propria dei processi di maturazione degli organismi viventi;- *riunioni organizzative per strutturare la vita quotidiana* della casa, che possibilmente coinvolgono tutti i residenti anche con compiti definiti e gli operatori in turno. - *microriunioni di sottogruppi*, nelle quali si sviluppa un pensiero comune intorno a un particolare paziente o a una situazione, evitando i fenomeni di seduzione narcisista con i pazienti e di competitività distruttiva con i colleghi;

- brevi incontri giornalieri tra i terapeuti presenti, per avere uno spazio minimo per pensare e un monitoraggio delle emozioni nelle situazioni di crisi; - *spazi informali di comunicazione*, spontanei ma previsti come parte integrante della cultura del gruppo, come coltivazione di un terreno inconscio di legami affettivi, e non come scissione e negazione di tensioni che non arrivano alla riflessioni comune dello spazio per pensare (ad esempio mangiare insieme, prendere il caffè ecc.)

- *riunioni di supervisione/conferenza clinica/sostegno al ruolo professionale* con esperti esterni alla

Comunità.

### *Gruppi*

Sull'organizzazione del gruppo di lavoro in forma di training continuo, o sul gruppo come strumento più specificamente terapeutico, le esperienze cresciute intorno a Racamier in Francia, intorno al movimento comunitario in Inghilterra e a Austin Riggs a Boston forniscono molti strumenti utili, in particolare attenti a contenere i fenomeni di distruttività che spesso esplodono internamente. In Italia, le indicazioni di Correale sui fattori positivi terapeutici di gruppo rappresentano una guida accolta e consolidata da gran parte delle CT. Le riprendiamo: innanzitutto l'enfasi posta sull'esperienza *di una molteplicità di relazioni* che si realizzano in CT permette a ciascun membro del gruppo, un'efficace esperienza di auto-osservazione attraverso la risonanza dei propri contenuti interni nella mente degli altri, potendo riaccogliere aspetti di sé prima sentiti inaccettabili. Un altro fattore: *l'appartenenza, la coesione e unicità del gruppo* che consente di sperimentare l'insieme come un tutto, una superficie delimitante chiusa, come una pelle, che interiorizzata può offrire una buona rappresentazione di un Sé coeso e articolato in modo dinamico; *l'attivazione di emozioni gruppali fortemente totalizzanti* relative alla vita mentale primaria del soggetto radicate nell'assetto emotivo di base, che mobilitano le aree più simbiotiche sollecitando l'individuazione. *L'integrazione del Sé nel campo comunitario*: un'altra funzione favorita dal campo comunitario riguarda come affrontare e gestire un tratto caratteristico della psicosi e del funzionamento borderline di una gran parte dei residenti affetti da questo tipo di sofferenza, ovvero l'attività intensa e profonda di scissione e la proiezione dei contenuti mentali ed emozionali del paziente nelle figure che lo circondano. Generalmente queste parti scisse e frammentate si disperdono nell'ambiente in cui lo psicotico vive e restano spesso estremamente disperse e bloccate. Sappiamo anche che è proprio questo processo ad essere responsabile della cronicizzazione. Dal momento in cui il paziente è preso in carico, l'equipe degli operatori diventa il luogo in cui viene attualizzata la vita mentale del paziente. Non fosse altro che per il fatto che tutta la vita del paziente si svolge all'interno della struttura, la CT diventa un contenitore in cui le parti scisse del paziente vengono riavvicinate. Andranno a depositarsi sugli operatori, sulla struttura nel suo insieme, sulle regole, sugli altri pazienti e, se c'è attenzione, possiamo sempre in ogni momento ritrovare in quale operatore il paziente stia attualizzando qualche aspetto della sua vita mentale scissa. Il gruppo professionale ha così la possibilità, attraverso le riunioni di equipe di rimobilitare le parti scisse dei pazienti, di ripensarle creativamente; ciascun frammento potrà essere arricchito dal passaggio nella mente di un'altra persona e dall'incontro di diversi punti di vista. L'equipe si troverà a fare 'con' e 'per' il paziente quel lavoro di organizzazione e integrazione degli aspetti frammentati dell'esperienza che normalmente è proprio a carico di un Sé funzionante.

Infine il gruppo come laboratorio esperienziale per aprirsi alle *connessioni con le reti sociali esterne del gruppo-comunità*, che fa crescere la capacità di aprirsi ai contatti e agli scambi con le trame dei rapporti familiari, amicali, lavorativi, istituzionali offerte dal territorio. "Le reti sociali, come tutti i sistemi naturali, non sono statiche e cristallizzate in una forma sempre uguale a se stessa, ma attraversate, anzi costituite da dinamiche psicologico-gruppali, che ne modificano costantemente l'identità dei nodi e la qualità dei legami. La ricchezza e la fecondità di una rete si basa sulla interscambiabilità dei nodi e sulla insaturabilità dei legami (...) Le reti sono costituite da legami deboli, legami forti, legami intermedi (questi hanno una funzione terapeutica esplicita) " (Bruschetta, Bivone, Barone, 2011).

In particolare l'attenzione all'*inclusione sociale e lavorativa* dei residenti sta rappresentando uno degli fulcri su cui tutte le CT si stanno impegnando attivamente in collaborazione con i servizi invianti, le famiglie, le associazioni di utenti e familiari, le fondazioni e le aziende con una creatività di soluzioni coraggiose, ma realistiche, come le recenti esperienze di fattoria sociale gestita in gran parte da utenti (in Sicilia) e inserita in una rete che in Italia sta creando prospettive di lavoro innovative e integrate (7).

Ritroviamo una completa mappa descrittiva e tecnica, delle varie attività gruppali che potrebbe essere in parte estesa alle comunità del network, nell'articolo "I gruppi in comunità terapeutica" di Corulli e Olivero comparso nella Rivista *Terapia di Comunità* nel 2011 (8) che presenta: gruppi sulla convivenza, sull'accoglienza, gruppi di riabilitazione cognitiva, gruppi per la crisi, gruppi per capire la funzione psicofarmacologica, piccoli gruppi terapeutici, gruppi espressivi, gruppi seniores, gruppi di rilassamento e tecniche non-verbali, gruppi sportivi, weekend, di inserimento lavorativo, gruppi di auto-aiuto ecc.

Una particolare attenzione viene data al setting di questi momenti, alle finalità, e ai referenti che coinvolgono il più possibile i residenti anche nella gestione organizzativa; anche la psicoterapia di gruppo, rivolta a pazienti con disturbi di personalità ha uno spazio significativo, a partire dal modello di Bateman e Fonagy, efficace per sviluppare la capacità di mentalizzazione e la regolazione emotiva: "La psicoterapia di gruppo offre un contesto efficace per mettere a fuoco i propri stati mentali e quelli degli altri. Stimola interazioni emotive molto complesse, che possono essere convogliate affinché ogni paziente esplori la comprensione soggettiva delle motivazioni altrui e al contempo rifletta sulle proprie" (Bateman, Fonagy p.157)

#### **4) Interventi con le famiglie**

Lo stato attuale di crisi e di evoluzione della famiglia tradizionale italiana, con le famiglie ricomposte, i nuclei monoparentali e il fenomeno migratorio che comporta lo sradicamento delle radici familiari, fa sì che sempre più i residenti delle comunità non abbiano riferimenti stabili a livello familiare o ne siano del tutto carenti; questi fenomeni rendono molto difficile progettare il dopo comunità e stimolano a immaginare e ricercare un inserimento nella rete locale prossima alla CT sia dal punto di vista di un'occupazione lavorativa che per le possibilità abitative.

Quando invece questi legami sono ancora vivi, molto spesso avviene che il periodo di percorso comunitario rappresenti per i familiari una grande opportunità per poter finalmente comprendere le origini e la consistenza della sofferenza del figlio/a e per poter apprendere nuove modalità di interazione e di comportamento; per alcuni addirittura può costituire una illuminazione sulla propria storia personale, sulla relazione di coppia e le traumaticità transgenerazionali che affliggono gran parte delle famiglie dei residenti. Attraverso un lavoro con loro, come co-attori del progetto terapeutico, anche la CT può arricchirsi di strumenti per ricostruire il romanzo familiare del residente e individuare le sue potenzialità per il futuro; l'importante è che la CT accetti di considerare la famiglia non un ostacolo, ma come una risorsa con cui lavorare, per favorire un confronto tra i diversi membri e rileggere con nuove lenti le dinamiche in gioco in vista di una trasformazione.

Ormai tutte le CT curano in vari modi questo atteggiamento, attraverso la diffusione dei gruppi multifamiliari o incontri periodici con la coppia genitoriale, che facilitano una collaborazione costruttiva e, laddove è possibile, aiutano il sorgere di associazioni di familiari legati alla comunità ospitante, mettendo a disposizione risorse abitative o lavorative e accogliendo con una forma di auto-aiuto le nuove famiglie che iniziano il percorso (vedi CT Gnosis o la CT Sabrata).

Da segnalare come *best practice*, il lavoro sistematico con i familiari realizzato dalla Ct "Passaggi" che ha messo a punto una metodologia, che nel corso degli anni ha ottenuto un loro fruttuoso coinvolgimento favorendo outcome positivi e una bassissima percentuale di drop-out nei primi sei mesi. Viene proposto questo percorso:

- **una visita psichiatrica e un incontro familiare** svolti dal Direttore Sanitario e dal responsabile della fase valutativa, in cui il richiedente potrà prendere visione della Comunità per esprimere un parere sulla adeguatezza della struttura alle proprie esigenze e necessità. Gli ospiti più anziani, scelti dal gruppo dei residenti durante l'assemblea settimanale, presentano l'organizzazione e il quotidiano della comunità alla persona in visita e ai suoi familiari.

- **incontri domiciliari** (almeno due) presso la residenza abituale del richiedente effettuati dall'operatore referente, la cui frequenza è correlata, sia alla possibilità della creazione della relazione-ponte (che è il presupposto per una buona alleanza terapeutica) necessaria ad affrontare le angosce legate alla separazione dal contesto familiare, sia alla graduazione dei tempi d'attesa dovuti alla effettiva disponibilità di posto all'interno della comunità. In tali incontri l'operatore entra in contatto con il contesto di vita reale del paziente, nella realtà sociale in cui spesso molti sintomi trovano il loro effettivo significato. Egli esplora ulteriormente la dinamica familiare nel suo naturale svolgersi e tutte queste informazioni creano quella conoscenza dell'ospite che è pre-condizione per il miglior accesso possibile in comunità.
- Dopo una fase di conoscenza si stila il progetto riabilitativo individualizzato, che prevede per quanto riguarda gli aspetti riguardanti le attività rivolte a familiari e/o persone significative: - Rientri a casa mensili - Un programma concordato su eventuali visite di mariti, mogli, fidanzati o figure significative; **Colloqui con i familiari**, che a seconda delle esigenze possano iniziare anche prima dell'ingresso del futuro residente. I colloqui sono condotti da uno psicoterapeuta con esperienza di comunità e con formazione gruppoanalitica o sistemica. Insieme al terapeuta è presente nei colloqui il case manager con lo scopo di favorire l'espressione del quotidiano dell'ospite e di raccordo tra questi e la famiglia. I colloqui iniziali prevedono la presenza di entrambi i genitori, se questi sono separati si prevedono incontri disgiunti. Solitamente sono convocati anche fratelli, sorelle o persone significative per avere nella fase esplorativa una visione più generale possibile. Qualora il residente non ha familiari, si individuano altre figure: amministratore, amici, assistenti sociali ecc. I colloqui familiari sono generalmente a cadenza mensile, in taluni casi possono essere a cadenza quindicinale.

**Gruppo multifamiliare:** questo metodo che nasce dalla psicoanalisi multifamiliare di Badaracco promuove la costruzione di uno scenario nuovo, all'interno del quale i vari nuclei familiari, compresi i pazienti, hanno la possibilità di mettere a confronto le proprie esperienze e di lavorare, davanti ad un grande gruppo e con il suo aiuto, *“sull’articolazione tra una famiglia un’altra, facendo scaturire la ricchezza delle somiglianze, delle differenze e delle contraddizioni, per generare nuove organizzazioni individuali e familiari allo stesso tempo”* (J.G. Badaracco 2000). Nel gruppo multifamiliare possono essere coinvolti, in accordo con l'equipe e l'ospite, anche parenti e volontari come momento di socializzazione. Il gruppo multifamiliare è condotto dal Direttore della CT con formazione gruppoanalitica insieme ad una mini equipe composta dal coordinatore della comunità, il responsabile dei colloqui familiari, 4-5 operatori, tirocinanti ed osservatori con lo scopo di recorder. Il gruppo multifamiliare ha cadenza mensile e prevede che il conduttore e la mini equipe si riunisca mezz'ora prima e mezz'ora dopo il gruppo che ha la durata di due ore

### ***La quotidianità e il clima come sfondo operante di integrazione e trasformazione***

Descritto in molti contributi internazionali come caratteristica peculiare dei luoghi di vita comunitari, il “clima terapeutico” è stato considerato come fattore valutabile e mediatore del processo terapeutico comunitario a partire dalle ricerche condotte dagli anni '70 ad oggi, dal gruppo americano di Rudolph Moos, che ha costruito un modello concettuale e uno strumento specifico per la sua esplorazione e valutazione. L'ineffabilità del costrutto del clima (9) viene articolata in diversi livelli, valutando in modo integrato tutti i fattori che contribuiscono a creare la realtà ambientale della comunità e che interagiscono tra loro dando come risultante un determinato clima o atmosfera, che a sua volta influenza la permanenza dei residenti nei programmi terapeutici e gli esiti, soprattutto in vista di un inserimento e adattamento più funzionale alla realtà sociale esterna.

I fattori considerati che secondo il suo modello determinano il clima del trattamento sono: 1) le *qualità fisiche e architettoniche della CT*, come comfort e caratteristiche sensoriali degli spazi a disposizione di residenti e operatori; 2) il *contesto istituzionale* come politiche e aspetti organizzativi dei servizi erogati; 3) le caratteristiche del *fattore umano*, operatori e pazienti/residenti (dati demografici, condizioni di salute, risorse di funzionamento ecc.) nonché la qualità delle loro

relazioni. Questi concetti sono stati ripresi con forza e convinzione anche dalle CT italiane, come oggetto di studio (elaborazione di uno strumento di valutazione recentemente validato (10) ma soprattutto come pratica clinica.

A partire da questi fattori, come la quotidianità può costituire un potente attivatore del processo di cambiamento?

La risposta a questo interrogativo ci proviene dai recenti studi dell'Infant Research (11) a proposito della condivisione relazionale implicita, come processo di negoziazione interattiva continua che caratterizza la relazione tra il bambino e l'ambiente di accudimento sin dai primi mesi di vita e che riguarda il conoscere come "essere con qualcuno" (Stern, 1985, 1995). Queste conoscenze procedurali definite "*conoscenze relazionali implicite*" a valenza sia affettiva che cognitiva si situano al di fuori della consapevolezza (prima della comparsa del linguaggio) e dell'inconscio dinamico; si sviluppano in parallelo con una funzione organizzatrice e sono presenti nel bambino presimbolico, ma continuano ad operare lungo tutto il corso della vita.

La trasformazione del sistema relazionale si manifesta quindi attraverso microprocessi, interazioni intime, "piccoli dialoghi collaborativi, costruiti reciprocamente, in maniera in gran parte inconsapevole e in tempi lunghi" (Lyons Routh, 1999, p. 579). Il concetto di elaborazione implicita emotiva fa riferimento a ricordi o percezioni che impiegano l'amigdala e gli apparati limbici; un esempio di questa conoscenza emotiva implicita è dato dal fatto che è stato dimostrato che gli adulti elaborano l'espressione del volto e si coordinano con essa in trenta millisecondi, in maniera inconsapevole. Questi risultati evidenziano come sia possibile evocare inconsapevolmente tanto le emozioni positive quanto quelle negative, poiché aspetti importanti della comunicazione faccia a faccia avvengono a livello implicito (Dimberg, Thunberg, Elmehed, 2000).

Se pensiamo alla quotidianità comunitaria come intessuta di tanti contatti ed evitamenti visivi, di moti espressivi del volto, di ritmi e intonazioni della voce, di gesti, in genere impliciti, micro momenti, soprattutto negli spazi informali, in cui ospiti e operatori realizzano scambi spontanei e inattesi, transazioni con climi emotivi e sensoriali sfumati, possiamo prospettare la grande ricchezza di possibilità trasformative che si prospetta agli operatori, laddove vengano sensibilizzati a osservare e valorizzare queste modalità relazionali (D'Elia, 2000).

Interessanti da applicare al contesto quotidiano comunitario sono anche altre due indicazioni che ci provengono dalle interazioni precoci: il modello della regolazione interattiva reciproca nei momenti duali, faccia a faccia, contrappuntate da rotture e riparazioni e la *modulazione delle sintonizzazioni*. Tronick sostiene che le interazioni hanno un esito positivo, quando l'autoregolazione e la regolazione interattiva si trovano in equilibrio, così come l'esperienza della riparazione degli stati non coordinati (molto più frequenti) contribuisce ad aumentare la competenza relazionale. Il dato che la riparazione sia predittiva di un esito positivo dello sviluppo e che gli stati patologici vedano il prevalere dell'autoregolazione, suggerisce ai curanti un allenamento da un lato, a rispettare le fasi di autoregolazione del paziente e a cogliere empaticamente quando è il momento di entrare in relazione e, di fronte agli episodi di rottura, a operare pazientemente le riparazioni delle rotture relazionali contribuendo a una crescita del senso di sé e a una tolleranza di eventuali future esperienze di rottura, vissute in modo non catastrofico.

Quanto alla *sintonizzazione*, fondamentale per recuperare aspetti di carenza primitiva del sé, i ricercatori dello sviluppo ci ricordano come una flessibilità e un coordinamento di *media intensità* sta alla base dell'attaccamento sicuro, mentre un eccesso di coordinamento predice attaccamenti insicuri, con una vigilanza, controllo e senso di allarme, così come un livello troppo basso mette in campo un forte bisogno di autoregolazione, predittivo di attaccamenti evitanti e di ritiri da isolamento. Un richiamo questo a modulare, sia la scarsa stimolazione, che l'ipercoinvolgimento nei confronti dei residenti, modalità che perpetuano le interazioni patologiche sperimentate nei contesti patogeni familiari e sociali.

Questo sfondo quotidiano ritmato e regolato, ma anche informale e indifferenziato rappresenta l'humus, il terreno in cui può avvenire la graduale e spesso silenziosa realizzazione dei processi integrativi, di elementi somatosensoriali sparsi e frammentati nel campo gruppale e



l'interiorizzazione di pattern relazionali nuovi e significativi. Il contenitore di tutto ciò è rappresentato da quell'architettura organizzativa "solida, ma leggera e dinamica" che nei diversi momenti di autoosservazione, argina la caotica "dispersione di significato" alimentata dalla patologia dei pazienti, per "tenere" assieme gli elementi scissi nel campo psichico e relazionale, e restituire al paziente una rappresentazione sensata e condivisibile della sua condizione e delle sue possibilità evolutive (Biaggini, 2016).

## Bibliografia

- Badaracco, J.G. (2000). *Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*. Torino: Bollati Boringhieri, 2004.
- Barone, R., Bruschetta, S., & Bellia, V. (2010). La comunità che cura. In Barone R., Bellia V., & Bruschetta, S. (a cura di), *Psicoterapia di Comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale* (pp. 21-40). Milano: Franco Angeli.
- Barone R., Bruschetta S. (2015) La comunità terapeutica nella comunità locale per la cura della grave patologia mentale in Malinconico A., Prezioso A. (a cura di) *Comunità per la salute mentale*. Milano, Franco Angeli.
- Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2003). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina
- Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di), (1998), *La Comunità Terapeutica tra mito e realtà*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ferruta A. (2016). L'istituzione necessaria. *Funzione Gamma*, rivista on line, 36.
- Iacolino, C., Serantoni, G, Gargano, M.T, Russo, F., Narracci, A., & Guarino, A. Relazione presentata al Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica: *Gruppi multifamiliari e trattamento dei pazienti psichiatrici gravi: studio sperimentale sugli scenari familiari*. Catania, 16-18 Settembre 2011.
- Napolitani D. (1987). *Individualità e Gruppalità*. Torino: Boringhieri.
- Siegel, D.J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.

## Note

- (1) La followership è costituita da "presupposti formativi, di responsabilità e di autorità che permettono ai dipendenti di funzionare come un sistema di supporto alla leadership" (Obholzer, Perini, 2001).
- (2) "La funzione essenziale della leadership consiste nella capacità di far dialogare il livello organizzativo e quello del gruppo di base, la dimensione individuale e gruppale, con un'attenzione alla giustizia distributiva e al contempo alla valorizzazione della diversità dei membri." (Correale 2006).
- (3) (CT Il Porto, CT Passaggi, CT le Vele, CTA Sant'Antonio, CT La rosa dei Venti, CT Piccola Stella, CT Eimi ecc.).
- (4) L'impostazione del protocollo di valutazione e l'elaborazione dei dati è coordinata dalla Grazia Serantoni della Università degli Studi la Sapienza di Roma e costituisce una *best practice* scaturita dall'esperienza del Visiting.
- (5) Ricordiamo: Una cura comunitaria per quali psicopatologie? *Anna Ferruta*; Psicosi e lavoro terapeutico in comunità *Antonello Correale*; Il borderline e le regole istituzionali comunitarie *Antonello Correale*; La Comunità Terapeutica e il paziente Borderline e Antisociale: l'esperienza della Comunità Il Porto di *Matteo Biaggini, Metello Corulli*; Comunità terapeutiche per adolescenti

e fattori di criticità *Claudio Bencivenga* ; Le comunità residenziali per minori come strumento di tutela e di cura nella rete dei servizi territoriali di *Norma Ghisotti*.

(6) Nell'importante articolo *How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome*, comparso nella Rivista online "*International Journal of Social Psychiatry* del 20 July 2012, Steve Pearce and Hanna Pickard (Oxford UK) riportando i date delle recenti ricerche internazionali sintetizzano i fondamentali fattori terapeutici delle CT in: belongingess (appartenenza) e responsibility (responsabilizzazione). Affermano: "L'appartenenza costituisce una fondamentale motivazione umana. L'ipotesi dell'appartenenza sostiene che : gli esseri umani hanno una spinta pervasiva nel formare e mantenere almeno per un minimo quantitativo di tempo relazioni interpersonali significative e positive. Soddisfare questa spinta coinvolge due criteri in primo luogo c'è un bisogno di frequenti, affettivamente cariche e piacevoli relazioni con alcune persone, e in secondo luogo queste interazioni devono avvenire in un contesto temporale stabile e all'interno di una cornice duratura di preoccupazione affettiva reciproca per il benessere degli altri. (Baumeister & Leary, 1995, p. 497)

(7) [www.fattoriesociali.it](http://www.fattoriesociali.it); [www.liberamentefano.com](http://www.liberamentefano.com); [www.fattoriesocialisicilia.com](http://www.fattoriesocialisicilia.com) ; [www.agricolturasociale.it](http://www.agricolturasociale.it)

(8) Barone e Bruschetta nell'interessante articolo "La comunità terapeutica nella comunità locale per la cura della grave patologia mentale" (2015) presentano una mappatura dei gruppi partendo dalla loro competenza gruppoanalitica e dall'esperienza delle CT (DTC) in Sicilia: 1) TRATTAMENTI TERAPEUTICI GRUPPALI: -Gruppi di attività -Gruppi organizzativi e gestionali -Gruppi di laboratorio espressivo-relazionali. 2) PICCOLI GRUPPI PSICOTERAPEUTICI: -Piccoli gruppi psicodinamici- a finalità espressiva- a finalità analitica 3) GRANDI GRUPPI PSICODINAMICI:- a finalità comunitaria intramoenia-a finalità comunitaria di psicoanalisi multifamiliare. 3) GRUPPI OPERATIVI E VITALI:- Gruppi operativi- finalizzati alla Progettazione Terapeutica Personalizzata-finalizzati al coordinamento di specifici servizi-Gruppi vitali di terapia familiare-Piccoli gruppi di terapia familiare-Gruppi di inclusione socio-lavorativa.

(9) "Il fattore più importante nell'efficacia del trattamento in un ospedale psichiatrico sembra essere un elemento intangibile, che può essere descritto come la sua *atmosfera* e, nel tentativo di descrivere alcune delle influenze che contribuiscono alla creazione di tale atmosfera, deve essere detto che più gli ospedali psichiatrici imitano il policlinico, meno successo ci sarà nella creazione dell'atmosfera necessaria. Troppi ospedali psichiatrici danno l'impressione di essere una via di mezzo tra un policlinico e una prigione. Il ruolo che dovrebbero svolgere è un altro: quello di Comunità terapeutica" (*terzo Report della commissione di esperti sulla salute mentale O.M.S., 1953*).

(10) Si tratta del Community Functioning Questionnaire (CFQ-i 28) che valuta le capacità di lavoro di gruppo, la leadership e i processi di responsabilizzazione e l'immagine il "clima terapeutico che emerge nelle riunioni di équipe" e l'altro sul "clima organizzativo"(capitolo XIII. Stirone, Peri, Vigorelli in Ferruta Foresti Vigorelli (2012)(a cura di) *Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti e minori*, Cortina, Milano.

(11) La metodologia di osservazione di questi autori rivolta alla diade madre -bambino permette di misurare lo scambio interattivo microanalitico, faccia a faccia, usando due telecamere visibili e sincrone che filmano i primi piani della coppia fornendo due filmati distinti di 4-5 minuti a 24 fotogrammi al secondo. L'analisi si ottiene con la codifica dei fotogrammi secondo un criterio prestabilito e una temporalità che evidenzia scambi al di sotto del minuto secondo, non osservabili con una normale visione senza strumenti.

**Marta Vigorelli**, psicoterapeuta con Funzioni di Training della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica (SIPP). Presidente e fondatrice con Anna Ferruta, Giovanni Foresti di Mito&Realtà, associazione per le comunità terapeutiche e residenziali, ha curato numerose pubblicazioni su temi istituzionali e in particolare sulle comunità terapeutiche. Insegna come docente esterno presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università Milano-Bicocca "Interventi residenziali per le comunità terapeutiche per adulti e minori". Si occupa inoltre di formazione degli operatori dei servizi psichiatrici come consulente e supervisore.

*Email: [martavigorelli@gmail.com](mailto:martavigorelli@gmail.com)*