

La comunità terapeutica nella comunità locale per la cura della grave patologia mentale

*Raffaele Barone**, *Simone Bruschetta***

Laboratorio di Gruppoanalisi – LdG

Confederazione delle Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi – COIRAG

Associazione Italiana Residenze/Risorse per la Salute Mentale – AIRSaM

International Network of Democratic Therapeutic Communities – INDTC

La Comunità Terapeutica, nella Comunità Locale, rappresenta un nuovo modello di Comunità Terapeutica per la grave patologia mentale basato sull'incontro della pratica analitica istituzionale con la psicodinamica di gruppo e con la teoria delle reti sociali. Tale incontro è avvenuto all'interno della cornice teorica della Psicoterapia di Comunità (Barone, Bellia, Bruschetta, 2010) intesa come pratica terapeutica della patologia mentale, attraverso la sua presa in carico comunitaria ed il sostegno di reti sociali di interconnessione tra gli ambienti istituzionali e quelli familiari.

I dispositivi terapeutici comunitari specificamente utilizzati in tale pratica si presentano come contesti di cura, fondati sull'elaborazione e la dinamizzazione delle relazioni umane che i pazienti, gli operatori, i familiari, le istituzioni di servizio e di committenza, intrecciano reciprocamente fino a creare una nuova matrice intersoggettiva di significazione degli eventi mentali alla base della patologia.

Questo nuovo modello di Comunità Terapeutica è stato ulteriormente sviluppato in Sicilia in conseguenza della grave crisi economica e politica che sta attraversando il sud-Italia ormai da quasi cinque anni. Questa condizione ha spinto i professionisti della salute mentale a riconsiderare la tradizione inglese delle Comunità Terapeutiche democratiche e quella italiana di cura territoriale affermatasi con la legge 180/1978, anche alla luce dei nuovi orientamenti internazionali sul *Recovery*.

I processi terapeutici di questi nuovi dispositivi comunitari si fondano sulla costruzione, tecnicamente "innesto", di "ambienti abilitanti" (Haigh, et al, 2012) sulle reti sociali che interconnettono i luoghi familiari di appartenenza degli utenti, i contesti istituzionali ed informali della comunità sociale e quelli clinici residenziali della Comunità Terapeutica. In questi "ambienti abilitanti" la convivenza comunitaria permette a ciascun individuo di rappresentarsi e funzionare come membro attivo di una più ampia comunità sociale con la quale condividere obiettivi personali e collettivi che può essere operazionalmente definita "Comunità Locale".

La Progettazione Terapeutica Personalizzata

Definiamo quindi “Comunità Terapeutica”, non tanto una struttura di lavoro clinico residenziale, quanto una rete di contesti di vita e di lavoro che funzionino come “ambienti abilitanti”, all’interno dei quali si attiva una convivenza comunitaria tra gruppi di persone (pazienti, operatori, familiari, manager, committenti, volontari e facilitatori sociali, ecc.) che condividono la titolarità e la responsabilità della Progettazione Terapeutica Personalizzata per ogni utente preso in carico, a partire dai suoi bisogni di salute e dalla promozione del budget economico che la “Comunità Locale” destina alla sua cura.

Per Progetto Terapeutico Personalizzato intendiamo, in accordo con le *Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale* (MIN. SAL., 2008), tanto un documento clinico quanto una prassi terapeutica, nella responsabilità del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) territorialmente competente, che ponga il paziente e la sua guarigione al centro del lavoro di un gruppo curante e che, di conseguenza, programmi gli interventi clinici e sociali, fissi gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, monitori e valuti il processo e gli esiti.

Spetta quindi al Dipartimento di Salute Mentale, nella sua articolazione comunitaria, garantire per ciascun paziente la costruzione di un Progetto Terapeutico che sia:

- Individuale, cioè centrato più sull’utente, sulla sua domanda e sui suoi bisogni, che non sull’offerta dei servizi
- Personale, cioè tarato sulle reali abilità ed inabilità dell’utente, sulle sue parti sane e sulle sue parti malate
- Condiviso, cioè concordato con l’utente, i familiari ed in coordinamento pluri-istituzionale con le altre agenzie sociali del territorio.

Un Progetto Terapeutico, dunque, che integri la comprensione del paziente in termini psicodinamici con un modello bio-psico-sociale dell’etiologia, della diagnosi e del trattamento della sofferenza mentale (Gabbard, 1994; 2004). Come sostiene Gabbard, “una buona formulazione psicodinamica è bio-psico-sociale per sua natura e consiste in una breve sintesi di tutte le componenti che contribuiscono alla comprensione del paziente, che spieghi il quadro clinico e guidi il successivo trattamento. [...] Una formulazione psicodinamica deve essere basata sulla comprensione della diatesi genetica e ambientale e del suo ambiente socio-culturale” (Gabbard 2004, tr. it. 2005, pp.40-43).

Ogni Dipartimento di Salute Mentale, così come ogni Comunità Terapeutica, deve curare che si possa attivare un “campo mentale”, con la funzione garantire la Progettazione Terapeutica Personalizzata con il paziente, supportato da speciali dispositivi terapeutici gruppali-comunitari appartenenti alla tradizione psicoanalitica come i *Gruppi Operativi Gruppoanalitici* (Foulkes, 1975b) di Progettazione Terapeutica Personalizzata, o anche alla tradizione sistemica come i più recenti *Gruppi di Dialogo Aperto* (Seikkula, 2014) sulla Crisi Psichiatrica. Questi gruppi terapeutici comunitari hanno appunto l’obiettivo di coinvolgere il *nexus* comunitario dell’utente (e quindi anche il suo *plexus* familiare), per condividere, con le persone che lo compongono, la costruzione, la redazione, il monitoraggio e la valutazione di un progetto di cura, secondo la prassi multipersonale e multimodale della salute mentale di comunità.

In tal modo, l’utente è messo nella condizione di assumersi la responsabilità della propria cura, con l’opportunità di sperimentarsi in relazioni significative, affettive e solide, improntate alla fiducia e

al sostegno, con chi lo circonda e si prende cura di lui. I gruppi terapeutici comunitari lo possono aiutare ad assumersi egli stesso, in piena libertà, la funzione curante, trasformandolo in attore protagonista del proprio processo di guarigione.

Obiettivo prioritario dei gruppi terapeutici comunitari orientati Progettazione Terapeutica Personalizzata è, infatti, l'attivazione di una rete clinico-sociale attorno al soggetto, composta dalle persone significative del suo gruppo familiare, della sua storia, del contesto socio-culturale, economico e politico di appartenenza, e non ultimo appunto del suo contesto abitativo attuale. Questa tipologia di gruppi permettono di attivare anche per gli utenti con grave patologia mentale dei veri e propri gruppi psicoterapeutici, all'interno dei quali i pazienti, i familiari, gli operatori ed i referenti socio-istituzionali condividono l'obiettivo della cura sviluppando la soggettività e l'identità professionale dei partecipanti e permettendo a ciascuno di riscoprirsi cittadino in una dimensione di convivenza più ampia e più complessa.

In quest'ottica il Dipartimento di Salute Mentale non può essere inteso come un semplice luogo fisico o di banale organizzazione burocratica, ma al contrario come un'opportunità, un servizio alla persona, un nodo di un reticolo più vasto e in relazione con altre reti sociali (servizi sociali, famiglie, agenzie economiche del terzo settore, enti pubblici) che attraversano tutti i territori di appartenenza del paziente.

Gli Ambienti Abilitanti

La Comunità Terapeutica per la grave patologia mentale si presenta come un "ambiente abilitante" che interconnette le funzioni della cura psichica e del sostegno all'abitare per gli utenti, svolgendo anche una fondamentale funzione di inclusione sociale degli utenti stessi nella Comunità Locale. Attraverso la partecipazione alla vita della comunità terapeutica gli utenti partecipano meglio alla vita nella comunità sociale, sostenendo così processi di convivenza politica democratica.

Questi "ambienti abilitanti" funzionano come dei dispositivi specificamente psicoterapeutici di tipo gruppale-comunitario quando sono presenti i seguenti sei fattori terapeutici community-focused (Barone, Bruschetta & Bellia, 2010):

1. una teoria di riferimento e un linguaggio condiviso tra clinici, operatori sociali, pazienti, familiari e committenti;
2. un'organizzazione del lavoro che dia spazio alla narrazione collettiva della storia clinico-sociale del paziente e alla riflessione sulle relazioni tra tutti i soggetti coinvolti;
3. una metodologia improntata alla condivisione democratica del potere decisionale sul trattamento nel suo complesso, sui progetti specifici e sulle attività quotidiane;
4. un progetto inter-culturale, pluri-istituzionale e multimodale, in grado di incidere contemporaneamente sul nucleo familiare e sul contesto comunitario di riferimento del paziente;
5. l'intenzione clinica di costruire un campo mentale comunitario che funzioni come campo gruppale, per agire in senso terapeutico piuttosto che antiterapeutico;

6. programmi psicoterapeutici basati sulla psicomica dei transfert tra l'esperienza dei "campi mentali" e la mentalizzazione degli stati interni, e programmi di inclusione sociale basati sui processi del *Recovery* personale e dell'auto-promozione lavorativa: ambedue condotti con la stessa "culture of enquiry" democratica delle comunità terapeutiche inglesi (Main, 1983).

Si definisce "campo mentale", l'organizzazione relazionale che offre senso all'insieme delle esperienze cognitive, emotive ed affettive di una comunità in un tempo storico dato (Pontalti, Menarini, 1994). Il campo mentale di una comunità può essere identificato come un "campo gruppale" in grado di fondare nuovi spazi relazionali e di appartenenza, che costringono di conseguenza gli individui che la "abitano" ad accogliere sempre nuovi pensieri (Di Maria, 1993).

L'insieme degli individui che "animano" (cioè abitano, vivono, frequentano, lavorano) i contesti di cura della patologia mentale sono chiamati a costituire (intrecciando reciprocamente le relazioni umane che in essi si determinano e si manifestano), un campo mentale, produttore di senso ed intenzionalità propria per le loro comunità di appartenenza. Un campo mentale che permetta l'elaborazione dell'esperienza e del lavoro di cura, al fine di osservare (ed operare in riferimento a) tutti gli eventi bio-psico-sociali implicati.

La pratica psicoterapeutica che sorregge il lavoro in questi dispositivi si fonda sulla "teoria delle reti sociali" (Berkman & Kawachi, 2000), che descrive le Comunità Terapeutiche come una costituiscono una nuova "rete sociale intermedia" (Fasolo, 2002) tra:

- la Rete Istituzionale delle agenzie territoriali che deve fornire ed alternativamente valutare i servizi socio-sanitari attraverso un'opera di coordinamento svolta dal Dipartimento di Salute Mentale territorialmente competente;
- la Rete Familiare che rappresenta il primo sostegno alle persone con problemi di salute mentale, e che è appunto costituita dalle loro famiglie e dai loro *carers*.

La Psicoterapia di Comunità

La Comunità Terapeutica Democratica rientra oggi tra le pratiche terapeutiche che definite "Psicoterapia *Community-Focused*" (Barone, Bellia & Bruschetta, 2009; 2010). Questa psicoterapia e si presenta come una pratica clinica, metodologicamente, filosoficamente e storicamente fondata sul dispositivo del "Gruppo Psicomica Gruppoanalitico" (Foulkes, 1975), volta alla cura della grave patologia mentale nelle comunità urbane contemporanee. La "Psicoterapia *Community-Focused*" è specificatamente indicata per la presa in carico clinico-sociale (Libro Verde, Eur. Com., 2005) delle gravi manifestazioni sintomatologiche psichiatriche e del grave disagio psico-sociale ad esse correlate.

La letteratura internazionale, in linea con le direttive dell'WHO (2001; 2005), si riferisce con il termine *Severe and Persistent Mental Illness* (SPMI,) principalmente ai disturbi psicotici, ai disturbi dell'umore, ai gravi disordini di personalità connessi anche alle dipendenze patologiche.

Sono queste le prime tre patologie che in Europa "pesano", in assoluto più di tutte le altre (comprese tutte quelle non psichiatriche, e quindi anche malattie infettive come HIV o cronico-generative come quelle cardio-vascolari) sulla perdita di anni di vita a causa di incidenti dovuti all'inabilità (YLL) nella fascia d'età tra i 15 ed i 44 anni (WHO, 2001; 2005).

Il “Libro Verde per la Salute Mentale in Europa” è stato redatto dalla Commissione Europea su invito della Conferenza Ministeriale Europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, svoltasi ad Helsinki nel gennaio del 2005, e propone due linee strategiche per una *Mental Health Community Based*:

- Migliorare la coerenza degli interventi nel settore sanitario e tra questo ed i settori non sanitari; primi fra tutti i settori economico, sociale, educativo, produttivo, giudiziario e penale;
- Promuovere la partecipazione di un’ampia gamma di persone, agenzie ed istituzioni interessate alla ricerca di soluzioni; primi fra tutti le organizzazioni dei pazienti e la comunità dei ricercatori.

La concezione della Psicoterapia Analitica di Gruppo applicata nella Comunità Sociale e quella di Residenza per la Salute Mentale, intese come Risorse per la Comunità Locale, si incontrano così, reciprocamente, in un nuovo modello di Comunità Terapeutica Democratica, che attiva processi terapeutici, evolutivi e trasformativi per tutto quel gruppo di persone, “portatore di interesse” nei Progetti Terapeutici Personalizzati degli utenti, che noi definiamo *Local Community* (Barone, Bruschetta & Giunta, 2010).

La Comunità Terapeutica occupa quindi una posizione intermedia tra il grande gruppo sociale rappresentato da questa comunità locale e i singoli ambienti di *communal living* all’interno dei quali gli utenti risiedono e condividono esperienze. Gli ambienti di *communal living* possono essere classificati in tre tipologie:

1. ambienti domestici di appartenenza personale e/o familiare degli utenti, all’interno dei quali possono ricevere specifici servizi domiciliari che li interconnettono alla comunità terapeutica attraverso l’attivazione di dispositivi di sostegno all’abitare;
2. ambienti istituzionali o informali di partecipazione democratica alla vita della comunità sociale più ampia che prevedono una cooperazione tra pari ed un esercizio dei diritti di cittadinanza, da sviluppare attraverso l’attivazione di dispositivi di sostegno alla convivenza;
3. ambienti formali di inclusione lavorativa all’interno dei quali gli utenti si sperimentano nella propria capacità di realizzare la propria promozione professionale e di contribuire allo sviluppo locale, da realizzare attraverso dispositivi di sostegno all’impiego.

In tutte e tre le tipologie di “ambienti abilitanti” che una Comunità Terapeutica Democratica può sostenere nella comunità locale, è fondamentale che tutta la vita ed il lavoro che si svolge attraverso i gruppi che li animano, permetta il trascorrere del tempo in spazi, sia fisici che mentali, nei quali il paziente possa creativamente riconoscere accanto, dentro ed intorno a sé la presenza dell’*Altro*.

Con il termine *Altro* non intendiamo solo l’alterità simbolica o la struttura inconscia (Lacan, 1986), ma anche le persone reali che condividono la presenza negli ambienti abilitanti, ma che possono essere distinte a secondo della posizione che occupano rispetto alla funzione terapeutica, in quattro tipologie (ciascuna con la sua verità):

1. gli utenti della comunità;
2. gli operatori intesi in senso ampio (staff, equipe, volontari, tirocinanti, ecc.);
3. gli estranei alla comunità, ma che possono essere: i “familiari” e i membri dei gruppi sociali di appartenenza dei pazienti, interessati al progetto terapeutico;

4. “cittadini” che attraversano l’ambiente comunitario, incontrati casualmente dentro e fuori la gli ambienti domestici.

Il Milieu Comunitario diventa così un ambiente nel quale:

- le quattro funzioni della co-esistenza in comunità terapeutica (rappresentate dall’elenco numero sopra descritto) possano rispecchiarsi l’una nell’altra per un migliore confronto con la realtà della vita sociale;
- la distinzione assoluta tra attività professionale e vita privata viene attenuata, a causa della condivisione di spazi vitali;
- è possibile recuperare la corporeità e la fisicità dell’*Altro*, prima ancora del suo ruolo sociale e/o professionale;
- l’esperienza emozionale di incontro con l’*Altro* può essere concepita anche grazie ad una rappresentazione su una scena gruppale transferale;
- l’agire si sostituisce al dire ed il primo veicolo di comunicazione nel quotidiano prendersi cura diventano gli “atti parlanti” (Racamier, 1992).

La Convivenza Terapeutica Comunitaria

In questa prospettiva la Comunità Terapeutica, attiva un *therapeutic communal environment* solo se al contempo sostiene una *local democratic politic*; e cioè se rispetta la seguente breve *checklist* degli standard di processo democratico:

1. La CT sostiene la partecipazione e la responsabilità personale degli utenti?
2. La CT promuove l’*empowerment* e il *Recovery* degli utenti?
3. La CT è aperta alla valutazione degli utenti e dei loro familiari?
4. La CT è partecipe alle dinamiche di sviluppo della comunità locale?
5. La CT è uno strumento di inclusione socio-lavorativa?
6. La CT promuove e testimonia i diritti umani delle persone?
7. La CT è anche un dispositivo di lettura antropologica e gruppoanalitica della società?
8. La CT sostiene e promuove la ricerca empirica libera e laica?

Il *therapeutic communal environment* è lo specifico Setting della Comunità Terapeutica, fenomenologicamente un “campo mentale condiviso”, e analiticamente definibile come *campo contrasferale* (Giannone & Lo Verso, 1997), per la complessa dinamica relazionale, che si determina al suo interno tra la componente dell’utenza, quella della committenza e quella terapeutica, ciascuna attraversata a sua volta da molteplici referenti istituzionali e transpersonali come il familiare, il professionale e la politica.

Il *campo contrasferale* è quindi il campo politico-esperienziale della terapia analitica e la sua definizione implica la visualizzazione dei seguenti aspetti:

- Le intrecciate e complesse interrelazioni fra tutti i membri partecipanti, fra ciascuno dei sottogruppi che lo compongono e tra questi ed i singoli membri;
- Il soggetto e tutti i rapporti di risonanza, rispecchiamento, teatralizzazione, drammatizzazione, scontro e lacerazione tra mentale ed intersoggettivo, con particolare riferimento agli aspetti inconsci.

All'interno del setting terapeutico analitico comunitario è possibile attivare i seguenti gruppi, di vario formato e di varia valenza terapeutica ed analitica, ciascuno con un proprio setting specifico e ciascuno con una specifica rete sociale, come emerge nello schema che segue:

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
- 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

4. GRUPPI DI SUPERVISIONE/COVISIONE

- Gruppi di supervisione/covisione clinica
- Gruppi supervisione ed analisi istituzionale
- Gruppi di covisione centrati sui gruppi vitali

L'indagine sulle reti sociali

Consideriamo ogni gruppo terapeutico o di lavoro in Comunità Terapeutica, una figura tecnica che emerge dallo sfondo di una specifica rete sociale che la attraversa, ed i cui nodi ne costituiscono i membri che vi appartengono. L'epidemiologia sociale (Berkman, Kawachi, 2000), tramite la teoria delle reti sociali, ha dimostrato da tempo il nesso tra il coinvolgimento in reti socio-lavorative ed il mantenimento o il recupero della salute, anche mentale, nei contesti professionali.

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.

Tecnicamente le reti costituite dalle relazioni personali di ciascun individuo sono fatte, come le più generali reti sociali personali, da legami forti, legami deboli, legami intermedi (detti legami con funzione esplicitamente terapeutica).

La Rete Sociale Primaria è caratterizzata dalla "intimità dello scambio" che avviene in essa, ed è costituita da Legami Forti, cioè basati su relazioni affettive (positive o negative) e di reciprocità (immediata o differita).

La Rete Sociale Secondaria è caratterizzata dalla "socialità dello scambio" che avviene in essa, ed è costituita da Legami Deboli, cioè basati su Diritto e Denaro (Rete Secondaria Formale), Solidarietà ed Etica Civile (Rete Secondaria Informale), Diritto e Solidarietà (Rete di Terzo Settore), Denaro e Profitto (Rete di Mercato).

La Rete Sociale Intermedia è caratterizzata da uno scambio al contempo intimo ma sociale, ed è costituita da legami in transizione da una loro posizione forte ad una debole e viceversa. Essa è la rete delle relazioni terapeutiche per eccellenza perché rappresenta il punto di incontro ideale, cui si tende nel lavoro comunitario senza però mai raggiungerlo definitivamente, tra la referenza sociale alla professionalità e la referenza familiare alla gratuità.

Senza dono non vi è comunità. L'etimo latino di comunità è infatti *cum-munus* (dono comune). Ma si tratta di un dono che obbliga chi lo riceve a ricambiare, e che quindi attiva la regola sociale dello scambio.

Esiste un dispositivo diagnostico delle reti sociali che attraversano ed animano la comunità terapeutica ed i suoi gruppi di vita e di lavoro. Ci riferiamo ad una tecnica che ha anche una funzione mentalizzante e di *mindimaging*, definita "Colloquio Carta di Rete". Un colloquio clinico-sociale semistrutturato su di un test carte&matita (Bruschetta, Giunta, 2010), che permette di effettuare sia una valutazione diagnostico-relazionale sui pazienti e sui loro familiari, a partire dalla rappresentazione grafica delle loro reti sociali, sia una valutazione lavorativo-relazionale, nella versione per Operatori di Comunità, che consente di visualizzare la mappa dei loro legami professionali più significativi, nel "qui ed ora" del loro lavoro.

In forte connessione con lo spirito di fondo della conduzione gruppoanalitica comunitaria dei gruppi oggetto della ricerca, questo strumento consente di cogliere clinicamente i loro effetti nel campo mentale di operatori, pazienti e familiari coinvolti nell'esperienza, ed anche di effettuarne una valutazione sia qualitativa (proiettiva) sia quantitativa (psicometrica).

La “Carta di Rete” rappresenta graficamente, con specifici simboli, le reti sociali dell’individuo e la ricostruzione soggettiva del suo modo di vivere ed operare nei contesti della Comunità Terapeutica, attraverso la costruzione di una sorta di mappa pluritematica, che permette di visualizzare, in maniera riflessiva il suo mondo interno e mondo esterno. Permette di visualizzare la mappa dei legami interpersonali significativi per la convivenza, la terapia ed il lavoro quotidiano; nel “qui ed ora” dell’indagine.

Nel suo aspetto di valutazione oggettiva permette di costruire una mappa cognitiva che ha come elementi cardine le relazioni interpersonali di ogni singolo membro della comunità, percepite come più importanti sia in senso positivo che negativo, e descritte in rapporto sia a persone che a gruppi, istituzioni o ambienti sociali. Essa permette di cogliere e tendenzialmente misurare le caratteristiche soggettive della partecipazione e dell’inclusione sociale di ciascun membro della comunità terapeutica nella comunità locale, e le caratteristiche oggettive della partecipazione democratica alla vita di queste due tipologie di comunità.

La partecipazione democratica sostiene lo sviluppo del sentimento di cittadinanza, che si regge sull’esperienza della multi-appartenenza fatta attraverso una rete di legami sociali tanto estesa, quanto elastica ed insatura; in assenza della quale sarebbe il senso di vuoto e di smarrimento a connotare i contesti di vita e di lavoro.

Prendersi cura dei legami sociali vuol dire lavorare su quell’elemento connettivo specifico per le reti sociali, rappresentato dalla «partecipazione sociale» ai contesti culturali, politici ed economici di vita, sviluppando quel sentimento di appartenenza ed identità sociale, detto appunto «cittadinanza».

La cultura della partecipazione

Una comunità terapeutica che si prende cura dei legami sociali non può non impegnarsi a lavorare all’Inclusione Socio-Lavorativa degli utenti, attivando dispositivi di intervento in grado di permettere la partecipazione dei pazienti a gruppi di appartenenza secondaria, sostenendoli in un processo di autonomizzazione dall’attaccamento, spesso saturante, al gruppo primario familiare, ma soprattutto connettendoli ai campi mentali strutturati dalle Istituzioni Sociali che organizzano la partecipazione ai gruppi di appartenenza secondaria.

I gruppi di lavoro che sostengono i dispositivi di inclusione socio-lavorativa svolgono così una funzione di Io-Ausiliario Collettivo (Hinshelwood, 2004) che permette agli utenti con grave patologia mentale di:

- accedere a una consapevolezza di sé come soggetti attivi, competenti ed efficaci;
- valutare le risorse e i limiti della rappresentazione di sé e le sue possibilità di cambiamento;
- sviluppare nuovi aspetti di sé e attivarli, integrandoli con le vecchie rappresentazioni, per utilizzare i risultati di queste nuove attivazioni come indicatori di capacità reali;

- ed infine utilizzare la migliorata immagine di sé come rifugio dalla sintomatologia patologica e dagli elementi dannosi dello stigma sociale, ma soprattutto come *Recovery* dalla malattia mentale e dalla sofferenza che essa comporta.

Il *Recovery* (Davidson, et al. 2009) riguarda la costruzione di una vita soddisfacente e dotata di senso così come definita dalla persone stesse, nonostante la presenza o meno di sintomi o problemi ricorrenti. **Il *Recovery*** rappresenta un progressivo distanziamento dalla patologia e dalla malattia verso la salute e lo star bene. Essa risponde al bisogno evolutivo di affermarsi come soggetto in grado di prendere delle decisioni per sé, ma è soprattutto un nuovo modo sociale di intendere oggi la “guarigione”, sviluppatosi grazie alle testimonianze ed alle politiche portate direttamente avanti dai movimenti degli utenti dei servizi di salute mentale, spesso auto-definitisi “sopravvissuti alla psichiatria”.

In quest'altra prospettiva, esattamente speculare a quella alla visione democratica, la Comunità Terapeutica, attiva una *local democratic politic* solo se al contempo sostiene un *therapeutic communal environment*; e cioè se rispetta la seguente breve *checklist* dei fattori soggettivi della *Recovery*:

1. Gli Utenti rinnovano ogni giorno la speranza e l'impegno?
2. Gli Utenti sono sostenuti dagli altri membri della comunità?
3. Gli Utenti ridefiniscono se stessi attraverso il percorso in comunità?
4. Gli Utenti sanno gestire i sintomi?
5. Gli Utenti assumono il controllo sulla propria vita?
6. Gli Utenti combattono lo stigma?
7. Gli Utenti maturano *empowerment*?
8. Gli Utenti trovano il proprio posto nella comunità sociale?

Infine particolare attenzione va posta ai “fattori terapeutici” che proprio nella comunità terapeutica è possibile sperimentare e fare esperienza:

- a) **La democratizzazione**, ossia la divisione del potere decisionale tra operatori e pazienti.
- b) **Il collettivismo** (*communalism*), cioè un'atmosfera relazionale caratterizzata da condivisione, confidenza e aperta comunicazione.
- c) **La permissività**, ovvero la tolleranza della diversità e della devianza nell'espressione e nel comportamento.
- d) **Il confronto con la realtà**, nel senso di un clima di apertura e reciprocità nel misurarsi quotidiano con il significato e le conseguenze dei comportamenti di ciascuno dei membri della comunità.

- e) **L'Attaccamento**, in riferimento diretto alla teoria dell'attaccamento, la quale costituisce un importante punto di partenza per la comprensione dello sviluppo, della personalità e delle relazioni oggettuali.

- f) **Il Contenimento**, soprattutto “contenimento psicologico” che può essere sviluppato facendo rispettare i “confini mentali” da parte di tutti i membri, sia il personale che i pazienti. Una riunione di gruppo giornaliera (*community meeting*) dedicata alla cura dei confini, rivolta sia al personale che ai pazienti, garantire lo scambio emotivo e la comprensione necessari al contenimento psicologico.

- g) **La Comunicazione**, al di là dei costanti e numerosi problemi che la ostacolano quotidianamente. Esigenze amministrative e burocratiche incoraggiano la comunicazione non personale, imposizioni gerarchiche portano ad atteggiamenti difensivi, ad una cultura della colpa, i sentimenti di insicurezza ostacolano l'espressione di problematiche complesse e non permettono l'accesso al dialogo aperto.

- h) **L'Empowerment e l'inclusione sociale**, vanno sostenuti in funzione dell'acquisizione di potere da parte delle persone, e vanno promossi l'esercizio dei diritti di cittadinanza, l'inclusione sociale e quella lavorativa nella comunità locale.

- i) **Il Senso di Agency**, inteso come l'impatto che una persona sa (e sa di avere) sugli altri nelle sue relazioni. Esso è rappresentato dall'autoefficacia percepita, cioè dalla convinzione che l'individuo ha di essere capace di dominare specifiche attività, situazioni o aspetti del proprio funzionamento psicologico e sociale.

Bibliografia

- Barone, R., Bellia, V. and Bruschetta, S. (2009). Il sostegno all'abitare come alternativa alla comunità residenziale per la grave patologia mentale. *Psicologia di Comunità*, 1, 61-74.
- Barone, R., Bellia, V. and Bruschetta, S. (2010). *Psicoterapia di Comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.
- Barone, R., Bruschetta, S. and Bellia, V. (2010). La Comunità che cura. In Barone, R., Bellia, V. and Bruschetta, S. (Ed.), *Psicoterapia di Comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.
- Barone, R. Bruschetta, S. and Frasca, A. (2013). *Gruppoanalisi e sostegno all'abitare. Domiciliarità e residenzialità nella cura comunitaria della grave patologia mentale*. FrancoAngeli, Milano
- Barone, R., Bruschetta, S. and Giunta, S. (2010), *Gruppoanalisi e comunità terapeutica*. FrancoAngeli, Milano.
- Berkman, L. and Kawachi, I. (2000). *Social Epydemiology*. New York: Oxford University Press.
- Bruschetta S., Giunta S. (2010), Procedure per la costruzione e la valutazione del colloquio Carta di Rete. In Barone R., Bruschetta S., Giunta S. (Ed.), *Gruppoanalisi e Comunità Terapeutica*. Milano, FrancoAngeli.
- Eur. Com. (2005) 484, *Green Paper, Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels.
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M.S., O'Connell, M.J. and Rowe, M. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford University Press, Inc.
- Fasolo, F. (2002). *Gruppi che curano & gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola.
- Foulkes, S.H. (1975). *Group-Analytic Psychotherapy*. London: Gordon & Breach.
- Giannone, F. and Lo Verso, G. (1997). Problematica del setting e valutazione della situazione terapeutica. In Profita, G. and Ruvolo, G. (Ed). *Variazioni sul setting*. Milano: Cortina.
- Haigh, R., Harrison, T., Johnson, R., Paget, S., Williams, S. (2012). "Psychologically informed environments and the "Enabling Environments" initiative", *Housing, Care and Support*, Vol. 15 Iss: 1, pp.34 - 42
- Hinshelwood R.D. (2004). *Suffering Insanity: Three Psychoanalytic Essays on Psychosis*. London: Routledge.
- Lacan, J. (1986). *Seminar VII: L'éthique de la psychanalyse*. Paris: Seuil.
- Main, T. (1983), Il concetto di Comunità Terapeutica. Trad. it. (1992), in *La Comunità Terapeutica e altri saggi*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Min. della Salute (2008). *Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale*. Governo Italiano, Ministero della Salute. Roma.

Racamier P.C. (1992). *Le génie de origines*, Paris: Payot.

Seikkula J. (2014). Dialogo Aperto. L'approccio fillandese alle gravi crisi psichiatriche. Giovanni Fioritti Editore, Roma.

World Health Organization (2001). Mental Health: New Understanding. New Hope. Geneva.

World Health Organization (2005). Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki.