

Raffaele Barone,
Simone Bruschetta
e Amelia Frasca



Gruppoanalisi e Sostegno all'Abitare

Domiciliarità e residenzialità
nella cura comunitaria
della grave patologia mentale

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Raffaele Barone,
Simone Bruschetta
e Amelia Frasca

Gruppoanalisi e Sostegno all'Abitare

Domiciliarità e residenzialità
nella cura comunitaria
della grave patologia mentale

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Per accedere all'allegato online è indispensabile
seguire le procedure indicate nell'area Biblioteca Multimediale
del sito **www.francoangeli.it**
registrarsi e inserire il codice **EAN 9788820445997** e l'indirizzo email
utilizzato in fase di registrazione

In copertina: Henri Manguin, Il golfo di Saint-Tropez, 1905

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le
condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
www.francoangeli.it.*

Indice

Prefazione. Terapeuti traslocanti per una clinica “dell’abitare”, ovvero come riterritorializzare i terapeuti all’abitare dei pazienti, di *Ugo Corino* pag. 15

Introduzione

di *Simone Bruschetta, Raffaele Barone, Amelia Frasca* » 21

1. Il Sostegno all’Abitare come Struttura Intermedia del Servizio di Salute Mentale » 22

2. Teoria della prassi terapeutica nelle Strutture Intermedie » 23

3. Il Gruppo Operativo gruppoanalitico » 26

4. Il continuum metodologico gruppoanalitico del Sostegno all’Abitare » 28

5. I capitoli e l’organizzazione del libro » 29

Parte prima

Linee teoriche e orientamenti metodologici

1. Il processo di guarigione dalla grave patologia mentale. Recovery ed empowerment personale
di *Simone Bruschetta, Raffaele Barone, Amelia Frasca* » 33

1. Cosa si intende per grave patologia mentale » 33

2. La prospettiva della guarigione	pag. 35
2.1 <i>Il processo di guarigione</i>	» 36
2.2 <i>Mentalizzazione e socializzazione nel percorso terapeutico</i>	» 38
2.3 <i>Crisi ricorrenti e acuzie psicotiche</i>	» 39
2.4 <i>Le guarigioni possibili ed i “tempi” della cura</i>	» 40
3. Il movimento del recovery	» 42
3.1 <i>Essere in recovery</i>	» 43
3.2 <i>Per un’assistenza orientata al recovery</i>	» 44
3.3 <i>L’operatore clinico nei panni di guida del recovery</i>	» 45
4. I modelli a confronto	» 46
2. Le comunità urbane postmoderne. Disagio psico-socio-economico e psicopatologia	
<i>di Simone Bruschetta, Raffaele Barone</i>	» 48
1. La patologia mentale ed il disagio psico-socio-economico	» 49
1.1 <i>La povertà e la vulnerabilità psico-sociale</i>	» 50
1.2 <i>Flussi di migranti</i>	» 51
2. I fenomeni psico-pato-sociologici delle comunità urbane postmoderne	» 52
2.1 <i>Verso una psico-pato-sociologia</i>	» 53
3. Società post-moderna e psicopatologia grave	» 54
3.1 <i>I disturbi psicotici come eventi per comprendere la comunità</i>	» 55
3.2 <i>Vulnerabilità psicotica e strutture narcisistiche di personalità</i>	» 57
4. Verso una salute mentale di comunità	» 59
3. La salute mentale di comunità. Il lavoro clinico gruppale, i luoghi di cura e l’inclusione sociale	
<i>di Simone Bruschetta, Raffaele Barone</i>	» 61
1. I luoghi di cura <i>community based</i>	» 63
1.1 <i>Comunità terapeutica e psicoterapia di comunità</i>	» 63

1.2 <i>I dispositivi terapeutici gruppooanalitico-comunitari e il Progetto Terapeutico Personalizzato</i>	pag. 64
1.3 <i>Il campo analitico gruppale come campo contrasferale</i>	» 66
2. La pratica clinica comunitaria orientata alla partecipazione sociale	» 68
2.1 <i>Gruppoanalisi e partecipazione sociale</i>	» 70
3. I presupposti metodologici dei dispositivi terapeutici comunitari	» 70
4. I dispositivi terapeutici comunitari	» 71
4.1 <i>I gruppi psicoterapici comunitari</i>	» 72
4.2 <i>Gli interventi clinici di sostegno comunitario</i>	» 73
4. Sviluppo locale orientato alla salute mentale. Programmi di intervento comunitario e di intermediazione sociale	
<i>di Simone Bruschetta, Raffaele Barone</i>	» 77
1. Il community development	» 78
2. La fiducia come capitale sociale	» 79
3. Senso di comunità e politica partecipativa	» 82
5. Marker di vulnerabilità, esordio psicotico e intervento precoce. Indicatori psicopatologici e psicoterapia di comunità	
<i>di Simone Bruschetta, Raffaele Barone, Amelia Frasca</i>	» 86
1. Verso un intervento clinico-sociale preventivo e precoce	» 87
1.1 <i>Il concetto di stato mentale a rischio psicosi</i>	» 88
1.2 <i>Le fasi evolutive più a rischio psicosi</i>	» 89
1.3 <i>Ulteriori indicatori psicopatologici della vulnerabilità schizotropica</i>	» 90
2. La valutazione dello stato mentale a rischio	» 91
2.1 <i>Strumenti per l'individuazione dello stato mentale a rischio centrati sulla teoria dei sintomi base</i>	» 92

2.1.1	Lo strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia versione adulti (Schizophrenia Proneness Instrument Adult-version – SPI-A)	pag. 93
2.1.2	Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version (SPI-CY)	» 94
2.2	<i>Strumenti per l'individuazione dello stato mentale a rischio imminente elaborato dai gruppi di ricerca anglofoni</i>	» 95
2.2.1	Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State (CAARMS)	» 95
2.2.2	Structured Interview for Psychosis-risk Syndromes (SIPS)	» 96
3.	Verso una neuro-psico-patologia della psicosi	» 97
4.	Fase d'esordio e psicosi non trattata versus trattamento psicoterapico integrato di comunità	» 99
5.	La funzione psicopatologica del delirio e delle allucinazioni	» 100
6.	Il linguaggio psicotico	» 103
7.	Domiciliarità come orizzonte di cura	» 104
6. Psicoterapia di comunità e Sostegno all'Abitare. La cura in ambiente domestico e l'operatore clinico di comunità quale facilitatore del cambiamento		
<i>di Simone Bruschetta, Raffaele Barone, Vincenzo Bellia</i>		
		» 106
1.	La cura in ambiente domestico	» 107
2.	Il Sostegno all'Abitare come prassi della psicoterapia di comunità	» 108
2.1	<i>Prendersi cura delle parti sane del paziente</i>	» 108
2.2	<i>L'operatore clinico come operatore di sviluppo sociale</i>	» 112
2.3	<i>Prendersi cura della vulnerabilità narcisistica</i>	» 112
3.	L'operatore di Sostegno all'Abitare	» 115

7. Epistemologia e antropologia gruppoanalitica.
L'Unitas Multiplex "relazioni-individuo-contesto"

di Simone Bruschetta

	pag. 118
1. La gruppoanalisi	» 118
1.1 Il modello psicodinamico-relazionale: reti e matrici	» 119
1.2 L'unità molteplice del soggetto umano come sistema naturale	» 122
1.3 La totalità complessa del soggetto umano come campo mentale	» 123
2. Il modello del campo ed il gruppo come soggetto relazionale	» 125
2.1 Il modello del gruppo psicoterapico gruppoanalitico	» 125
2.2 Il campo mentale terapeutico contrasferale	» 127
2.3 La matrice dinamica del gruppo analitico	» 128
3. Il transpersonale e altri soggetti relazionali	» 129
3.1 La cultura transpersonale e i suoi livelli epistemologici	» 130
4. Il soggetto umano come individualità grupppale	» 133
4.1 La matrice personale come sistema mentale multi psichico	» 134
4.2 La matrice familiare come campo mentale originario	» 134
4.3 Il processo di soggettivazione e la saturazione ed insaturazione del processo identitario	» 135
5. Il campo grupppale tra comunità politica e sistema vivente	» 136
5.1 Il campo mentale grupppale e la dinamica di gruppo	» 136
5.2 Il soggetto umano come coesistenza di una strana totalità	» 138

Parte seconda
Dispositivi clinici ed esperienze di cura

8. I dispositivi di cura domiciliare. Le coordinate clinico-metodologiche del Sostegno all’Abitare	
<i>di Simone Bruschetta, Raffaele Barone</i>	pag. 143
1. Le coordinate metodologiche dei dispositivi di Sostegno all’Abitare	» 144
1.1 <i>La funzione inter-culturale dell’operatore clinico</i>	» 145
1.2 <i>Il pensiero intermedio</i>	» 149
2. Il Sostegno all’Abitare attraverso il gruppo appartamento	» 151
2.1 <i>La metodologia</i>	» 152
2.1.1. Il gruppo appartamento tra pari	» 153
2.1.2. Il gruppo-appartamento familiare	» 154
3. L’intervento terapeutico-clinico d’appoggio domiciliare	» 155
3.1 <i>Aspetti metodologici della T.A.D.</i>	» 156
3.2 <i>La supervisione nella terapia d’appoggio domiciliare</i>	» 157
4. Il trattamento attraverso il gruppo analitico operativo o vitale	» 158
4.1 <i>L’impostazione metodologica dei gruppi operativi gruppoanalitici</i>	» 158
4.1.1. Il gruppo vitale di terapia familiare	» 159
4.2. <i>La co-visione al gruppo operativo gruppoanalitico</i>	» 160
9. Il dispositivo terapeutico comunitario del gruppo appartamento. Un’indagine pilota come contributo alla ricerca empirica	
<i>di Maria Chiara Bivona, Simone Bruschetta, Raffaele Barone</i>	» 163
1. Andar per gruppi appartamento: un contributo empirico	» 164

1.1 <i>Nel cuore della Sicilia un gruppo appartamento familiare: inclusione lavorativa e Sostegno all’Abitare</i>	pag. 165
1.2 <i>Nel Centro Italia un gruppo appartamento tra pari: l’integrazione socio-sanitaria nei servizi alla persona</i>	» 167
1.3 <i>Un gruppo appartamento di coppia sito in un’importante città del Piemonte: dal “vivere in” all’“abitare con”</i>	» 168
2. <i>Stralci di storia: dalle locande ai gruppi appartamento</i>	» 169
3. <i>Conclusioni: uno sguardo d’insieme sull’assetto e la filosofia di lavoro nei G.A.</i>	» 173

10. La terapia d’appoggio domiciliare. Esperienze cliniche

<i>di Amelia Frasca, Manuela Monteverde, Simone Bruschetta</i>	» 178
1. <i>La T.A.D. nello studio professionale di psicoterapia: un caso clinico</i>	» 180
1.1 <i>La storia familiare</i>	» 180
1.2 <i>La storia clinica</i>	» 182
1.3 <i>Le fasi processuali della terapia d’appoggio</i>	» 184
1.3.1. <i>Il primo contatto</i>	» 184
1.3.2. <i>Fase 1: dal primo contatto alla seconda pausa estiva</i>	» 185
1.3.3. <i>La seconda pausa estiva</i>	» 187
1.3.4. <i>Fase 2: sino alla terza pausa estiva (agosto 2008)</i>	» 188
1.3.5. <i>Fase 3: sino alla quarta pausa estiva (agosto 2009)</i>	» 189
1.4 <i>I contenitori dell’esperienza clinica</i>	» 191
1.5 <i>Il processo diagnostico</i>	» 192
1.5.1. <i>L’analisi del genosociogramma</i>	» 193
1.5.2. <i>La valutazione della condizione clinica</i>	» 195

1.5.3. L'analisi d'esperienza interna	pag. 198
1.5.4. La valutazione della rete sociale	» 198
1.5.5. L'analisi del campo contrasferale	» 199
1.5.5.1. Sull'autenticità	» 199
1.5.5.2. Sulle insidie	» 199
2. La T.A.D. in una Associazione Culturale di promozione sociale	» 200
2.1 <i>Un caso clinico</i>	» 201
2.1.1. Il primo contatto con il paziente	» 203
2.1.2. La prima fase	» 205
2.1.3. La seconda fase	» 207
2.1.4. Per concludere, la terza fase	» 209
11. Il Gruppo Operativo di Progettazione Terapeutica Personalizzata in Comunità Alloggio. Un caso clinico tra psicosi e ritardo mentale	
<i>di Simone Bruschetta, Maria Chiara Bivona</i>	» 212
1. Le strutture intermedie come dispositivi di cura comunitaria	» 213
2. La comunità alloggio, come struttura intermedia residenziale per la salute mentale	» 215
2.1 <i>Il lavoro di comunità: un lavoro di rete</i>	» 215
2.2 <i>La Carta di Rete e la valutazione del Progetto Terapeutico Personalizzato</i>	» 217
3. Il dispositivo terapeutico della comunità alloggio	» 217
3.1 <i>Il quotidiano in comunità alloggio</i>	» 218
3.1.1 <i>La mattina</i>	» 219
3.1.2 <i>Il pranzo</i>	» 219
3.1.3 <i>Il pomeriggio</i>	» 220
3.1.4 <i>La cena e il dopocena</i>	» 220
3.1.5 <i>La notte</i>	» 220
3.2 <i>La gruppalità in comunità alloggio</i>	» 220
3.3 <i>I dispositivi gruppali in comunità alloggio</i>	» 221
4. L'esperienza nei gruppi della comunità alloggio ospite	» 223
4.1 <i>Il Gruppo Analitico di Psicoterapia Comunitaria</i>	» 224

4.2 <i>Il gruppo operativo di progettazione terapeutica personalizzata</i>	pag. 227
5. Un caso di innesto psicotico su un ritardo mentale visto attraverso un gruppo operativo di progettazione terapeutica personalizzata	» 228
5.1 <i>Alcuni dati biografici e diagnostici</i>	» 229
5.2 <i>La seduta del gruppo operativo</i>	» 230
5.3 <i>La valutazione mediante la Carta di Rete</i>	» 231
6. Ancora sul caso clinico: il tempo mentale e lo spazio vitale di F.	» 232
6.1 <i>Progettazione terapeutica personalizzata</i>	» 233
6.2 <i>Valutazione attraverso la Carta di Rete a due mesi dal G.O.</i>	» 234
Bibliografia	» 237
Autori e ringraziamenti	» 255

Il volume è corredato da un'ampia **Appendice online**, scaricabile sul sito della FrancoAngeli (www.francoangeli.it) nell'area **Biblioteca Multimediale**, contenente le seguenti informazioni:

1. GAS-SET dispositivi terapeutici di Sostegno all'Abitare: griglie di analisi del set di comunità alloggio, gruppo appartamento, terapia d'appoggio domiciliare

Simone Bruschetta

2. Dall'indagine pilota sui gruppi appartamento: GAS-SET e DSSVT

Simone Bruschetta, Maria Chiara Bivona

3. La valutazione partecipata dei gruppi appartamento

Luigi Tavolaccini, Maria Novella Tiezzi, Silvia Noce, Vilma Xocco

4. La terapia d'appoggio domiciliare: la valutazione empirica e il confronto tra i due dispositivi attraverso il colloquio Carta di Rete (professionale e personale) e la GAS-SET-T.A.D.

Maria Chiara Bivona, Amelia Frasca, Manuela Monteverde, Simone Bruschetta

5. Le Carte di Rete Personali di una paziente residente in comunità alloggio

Simone Bruschetta, Maria Chiara Bivona

Prefazione.

*Terapeuti traslocanti per una clinica
“dell’abitare”, ovvero come riterritorializzare
i terapeuti all’abitare dei pazienti*

di Ugo Corino

Da tempo, ai colleghi con cui collaboro propongo, per la formazione dei giovani psicoterapeuti, un periodo di tirocinio iniziale presso le Agenzie Immobiliari per un affiancamento alla compravendita o affitto di abitazioni, ottenendo nel migliore dei casi sguardi disorientati ed interroganti, nel peggiore, espressioni compassionevoli.

In verità, la proposta (spesso percepita come provocatoria) non è né originale né innovativa: negli anni settanta (secolo scorso) la prof.ssa Marcella Balconi¹ consegnava alle allieve del I° anno di specializzazione o a quelle che, desiderose di imparare, andavano da lei con l’attesa di avere i piccoli pazienti in carico terapeutico, consegnava dicevo, le cartelle cliniche proponendo di andare in visita/esplorazione nei loro luoghi di vita (quartiere, abitazione ecc.).

Analoghe le reazioni di sconcerto, anche se alcune colleghe che hanno potuto fruire di quelle esperienze ne ricordano con gratitudine la profonda utilità e ricchezza.

Potersi rappresentare oltre al mondo interno del paziente anche quello fattuale, in una sorta di doppio sguardo, permette di meglio coglierne consonanze e dissonanze, ricchezze e povertà, eventi inaspettati e scoperte spesso imprevedute oltre che per “terapeuti distratti” (o poco interessati) anche e soprattutto per pazienti stupiti e inconsapevoli (spesso considerate dai soggetti stessi come “ovvie e non pensate”).

Quali contrasti, scissioni, distorsioni ci sono tra e con le figure significative della storia del paziente, dei luoghi e dei tempi del suo esistere? Perché si sono andate configurando nel modo in cui oggi si ripresentano e, sotto-

¹ Neuropsichiatra infantile che molto ha innovato circa l’osservazione e il trattamento del bambino con problemi e della sua famiglia.

traccia, a seconda dei casi finiscono per inibirne, bloccarne (purtroppo quasi mai facilitarne) il suo vivere?

Questioni dirimenti per un lavoro che con i pazienti psichiatrici gravi (o meno) pressantemente ci si pone.

Che cosa è successo nel costruirsi della storia del soggetto e del suo mondo circostante che ne ha bloccato le possibilità evolutive e di individuazione?

Ecco un primo punto del discorso sulla residenzialità: dove e come vivono, in quali habitat, in quali configurazioni o reti sociali e mentali i nostri pazienti “costruiscono” il loro esistere?

Riprendo qui alcune indicazioni a cui, da anni Corrado Pontalti, con costanza e coerenza, continua a richiamarci (Pontalti, 2004; 2006).

Ricordo a tal proposito una esperienza di un corso di formazione dove per un’interessante capovolgimento di ruoli, ai pazienti del Servizio fu chiesto di “farsi docenti” e di accompagnare un gruppo di operatori a conoscere il quartiere e i luoghi, per loro, significativi di quel territorio (Gaggero, 2007).

Scoperta di conoscenze mai raccontate (per altro mai chieste – cfr. ad es. la carta di rete proposta nel libro), con una ricomposizione di rapporti meno “dis-equilibrati” e soprattutto l’evidenza di come, almeno in quel caso, gli “ignoranti” (o de-territorializzati) fossero gli operatori stessi!

Per altro chi ancora abita o conosce i luoghi dove lavora? Anche su questo tema una ripresa delle conoscenze e delle rappresentazioni degli operatori potrebbe essere un compito formativo che i Servizi Socioassistenziali e Sanitari potrebbero intraprendere (ECM permettendo!).

D’altra parte “avere un luogo dove stare”, dove potersi pensare; poter appartenere ad un territorio, ad una comunità – sia essa stanziale, migrante o nomadica –, ad uno spazio configurabile e significativo, ha sicuramente a che fare con il mentale nelle sue dimensioni individuali, gruppali e socio-culturali.

Anche su questo: ricordo un gruppo di manager (in quel caso francesi) che continuamente de-localizzati a causa del lavoro (triennali trasferimenti da una città all’altra con la famiglia) avevano individuato nella casa delle vacanze il luogo d’elezione identitaria per loro e per le persone (oltre ai familiari) con le quali nel tempo avevano costruito legami significativi.

In una passata e ricca esperienza con un gruppo di giovani architetti (Progetto Erasmus) (Corino, 1999) ebbi modo di sperimentare la grande vicinanza tra progetto terapeutico e progetto abitativo: quali competenze nel ricavare i modelli teorici e i modelli d’uso circa la casa, quale analisi della domanda od ancora che tipo di relazione va a configurarsi tra professionista e committente?

In connessione con *L'Io pelle* di Anzieu (1985), possiamo pensare la casa e l'abitare come lo spazio privato dell'Io in contiguità con quello pubblico o sociale. Sia il corpo che la "mente" hanno bisogno di un luogo protetto dove potersi riposare, rifocillare, dove gli aspetti protettivi del sé possano ricostruirsi e ricostituirsi. Basti pensare ad esempio come il traslocare sia il secondo fattore di stress dopo quello della perdita di persone care e significative.

"Avere un posto" dove poter so-stare ...

Certo la casa e il territorio (almeno per molti pazienti) possono essere, al contrario, un luogo di reclusione, di violenza, di "misericordia" fattuale ed esistenziale, spazio di silenzi assordanti o di rumori muti, di tensioni e contrasti continui, in altri termini luoghi del "non spazio" (Correale, 2006; Ferro, 2007).

Ecco alcuni spunti che il libro che ho il piacere di introdurre mi hanno attivato: vecchie memorie di esperienze ri-presentificate, proprio mentre in una giornata di pioggia, riparato in una casa "sufficientemente" accogliente, mi presto a parlare di un lavoro ricco, articolato ed esaustivo circa la cura psichica e la residenzialità.

Gli Autori, già noti per alcuni testi significativi (Barone, Bellia, 2000, 2010; Barone, Bruschetta, Giunta, 2010) sul tema della Gruppoanalisi, della Comunità e della Psichiatria Sociale clinicamente orientata, ci offrono un "quasi manuale" sul Sostegno all'Abitare, non solo come dimensione socio assistenziale ma come luogo di vita e di cura per persone con difficoltà psichiche gravi.

Un quasi manuale dicevo, nel senso di un testo che affronta il tema da una molteplicità di angolature e vertici ben modulati e articolati. Non ne ha però i limiti o i difetti: fornire ricette o procedure spesso molto semplificate e semplicistiche.

A mio modo tra le direttrici del libro possiamo ben trovare l'attenzione sia al singolo, alla sua storia e al suo contesto socioculturale oltre che familiare; sia alle gruppalità, siano esse intrapsichiche o reali – passate ed attuali – nel loro esser risignificabili, riattivabili e implementabili. Tutto questo secondo una precisa presa di posizione "politica" inerente le pratiche dell'inclusione sociale come componente fondamentale e fondante il processo di cura: il diritto di cittadinanza.

L'intreccio tra i riferimenti teorico concettuali e quelli pratico operativi (inseriti in appendice), così come alcune esemplificazioni cliniche, rendono il testo ben fruibile sia a giovani in cerca di orientamenti e indirizzi, sia a colleghi esperti che vogliono rivisitare e aggiornare i loro "saperi".

Il tema centrale da cui il lavoro trae origine è quello di come *la residenzialità e il Sostegno all'Abitare* possono essere strumento rilevante (se non elettivo) per la cura psichica dei pazienti gravi.

Quali le condizioni, le componenti, le progettualità, la formazione di cui abbiamo bisogno per rendere terapeutico un luogo, un contesto, un insieme di relazioni del e nel quotidiano.

Il luogo di vita e il luogo di cura si sovrappongono, diventano un tutt'uno.

Il gruppo appartamento (sia quello dei servizi sia quello del paziente sufficientemente supportato) in che misura da ambito di esclusione e di patologizzazione può divenire luogo di svincolo e di cura?

Ecco la questione di fondo, in che cosa può consistere la sua terapeuticità?

Un contenitore sufficientemente buono in cui poter riprendere uno spazio di pensiero e una pensabilità che si era occlusa o frammentata. Un lavoro lento e ricostruttivo delle funzioni, una cura attraverso un fare ben dosato e condivisioni progressive.

Certo le competenze dei curanti, il loro investimento/desiderio cauto ma fermo, diventano alcune delle componenti della cura, così come la molteplice funzione delle gruppaltà: quella tra i pazienti, quella tra i curanti e il loro incrociarsi e depositarsi nel campo comunitario (Racamier, 2001).

Doppio registro quello di una clinica psicodinamica fine e il suo declinarsi a favore di un sociale ri-accogliente.

Sul piano più strettamente tecnico possiamo intravedere almeno tre aspetti innovativi:

- il passaggio “dal fare per” al “fare con”. Il quotidiano utilizzato come presenza via via meno pervasiva, come un accompagnamento graduale alla autonomia. Grossa competenza sul supportare senza sostituire, sull’incoraggiare e sostenere al posto di correggere e stressare, sul supporto fiducioso al posto della svalutazione e del rimprovero. Potremmo dire un lavoro “detrattivo”, una sorta di dissolvenza co-gestita).
- il fare e le azioni (pensate e co-costruite) come alternativa terapeutica al parlare e all’elaborare. Aspetto questo che rimane significativo ma secondario o integrativo al primo.
- la “ricerca azione” come mezzo per avviare un lavoro tra il mondo e il sé. Proponendo una relativizzazione del paradigma: dall’insight come promotore del cambiamento, all’intervento sulle condizioni esterne come favorente l’evoluzione de sé se opportunamente orientate clinicamente (le azioni pensate).

I problemi aperti rimangono molti, con il maestro-amico M. Sassolas (Corino, Sassolas, 2010) da tempo ci poniamo ad esempio il problema se “siamo a casa nostra o casa loro?”; se e come attenuarne l’iscrizione nel circuito della psichiatria. Od ancora, come facilitare processi di separazione-individuazione e di socializzazione possibili volti ad una vera autonomizzazione. Rilevante il nodo della separazione in questi casi prima dalla famiglia di origine e poi dalla psichiatria e dai servizi.

In fondo riappare il tema della “separazione impossibile”; aspetto mai sufficientemente ricordato nella cura dei pazienti gravi.

A proposito della separazione e il reinserimento, troppo spesso i Servizi di Salute Mentale (o Psichiatria?) rispetto a pazienti giovani (pensiamo agli esordi) o meno si orientano verso reinserimenti nello stesso ambiente da cui il paziente proviene, quando proprio quell’ambiente è il luogo in cui si è addensata un’impossibilità del separarsi/individuarsi. Come lavorare sulle separazioni e non sulle rotture e lacerazioni?

A fianco di questo tema possiamo accostarne un secondo altrettanto antico e spinoso: la risocializzazione.

Anche su ciò alcuni spunti: non è questo un termine e una concezione che ci portiamo dietro dalla esperienza di de-istituzionalizzazione? Dalla lotta contro le istituzioni totali? E se provassimo a parlare di socializzazione, aspetto che non riguarda solo la psichiatria, ma il sociale nel suo complesso? E quindi una ripresa del dialogo con i luoghi del sociale (Benasayag, 2013)?

Ecco un nuovo spazio che, per una psichiatria oggi asserragliata nelle maglie di una crisi economica pervasiva e in una ideologia di medicalizzazione tecnicistica e farmacologica incombente, potrebbe riaprirsi: nuovi territori non solo per i pazienti ma anche per gli operatori (penso in particolare ai medici e agli psicologi).

Un solo cenno a luoghi e spazi altri, dove nuove pratiche di inclusione sociale, nuove forme di costruzione del legame sociale vanno prendendo forma attraverso un diverso modo di lavorare nei territori e nel locale a cui occorre secondo me dare ascolto ed attenzione. Essi non riguardano in *primis* la psichiatria ma il lavoro nel sociale ad esempio con i migranti o con le fasce giovanili, con le micro imprese, con la cooperazione sociale, ecc. Nicchie di esperienze a cui potersi riferire collegare e riprendere ad apprendere (AAVV, 2013).

Mi riferisco ad es. alle *cohousing*, ad alcune intraprese lavorative (ristorazione, artigianato, ecc.), all’*adotta un paziente* ecc.

Così come questo scritto si è avviato su alcuni ricordi nel suo concludersi, mi piace evocarne due.

Il primo riguarda l’inizio della mia attività clinica: eravamo agli esordi degli anni settanta alle prime esperienze territoriali dopo la contestazione al manicomio e all’avvio di un faticoso e difficile tentativo di suo superamento. Si era allora convinti (radicali) fautori della territorializzazione, quando in un caldo pomeriggio fummo coinvolti in una situazione di delirio a due tra una madre ed un figlio che durava da tempo e che aveva prodotto la rivolta e la denuncia di tutto il caseggiato. Separazione necessaria ed utile che pose sia nella fase di ricovero sia in quella del reinserimento una serie