



## **La Comunità Terapeutica “Gruppo Calimero” del Centro di Riabilitazione “Villa Angela”**

Una prassi psicodinamica di comunità terapeutica residenziale per minori con grave patologia mentale

Via Ravanusa, 16 – San Giovanni La Punta (CT) – tel. 095 7410311

*Presentazione a cura di*

***Bruschetta Simone***

*Neuro-psicologo Clinico, Psicoterapeuta Gruppoanalista, Psico-sociologo di Comunità*

### **Introduzione**

Le riflessioni che seguono sono frutto di una elaborazione teorico-clinica avvenuta attraverso l'esperienza di un *gruppo di co-visione clinico-istituzionale* cui partecipano i membri dell'equipe che ha la responsabilità terapeutica della Comunità, composta dalle figure dello Psicologo Psicoterapeuta, del Medico Neuropsichiatra e dell'Assistente Sociale. La Comunità, la sua organizzazione ed il suo programma terapeutico, sono stati seguiti attraverso un dispositivo di intervento gruppoanalitico, basato sulla valutazione empirica, il monitoraggio istituzionale e la supervisione clinica per i primi due anni della sua esistenza e cioè dalla sua istituzione, presso il CdR Villa Angela, fino alla conclusione della fase sperimentale di avviamento. L'idea che si è sviluppata è quella di una CT fondata sul “gruppo”, inteso sia come strumento di lavoro con i pazienti, sia come luogo di riflessione per gli operatori e per l'istituzione stessa, su di una prassi clinica basata sulla *valutazione empirico-qualitativa costante* di tutte le variabili che intervengono nel lavoro di cura e su di una cura costante delle *reti sociali di sostegno* della comunità locale che accoglie la comunità stessa, le famiglie dei suoi pazienti e le istituzioni con le quali ne condivide la responsabilità. Il modello di valutazione empirica e qualitativa adottato, si fonda sullo studio degli esiti del processo terapeutico, su una corretta valutazione psicodiagnostica e definizione nosografica della patologia e dei casi clinici, ma anche su un metodologico inquadramento dei dispositivi, dei gruppi e delle variabili dei *setting* terapeutico-riabilitativi utilizzati.

### **Staff clinico-sociale della comunità**

#### ***Direzione Sanitaria***

*Medico Psichiatra:* Antonino Salerno

#### ***Equipe di responsabilità e coordinamento clinico***

*Medico Neuropsichiatra Infantile:*

Adriana Adamo

*Neuropsicologo, Psicoterapeuta:*

Simone Bruschetta

*Assistente Sociale:* Angela Porto

#### ***Staff operatori sanitari***

*Educatori:*

Carmelo Nicolosi, Domenico Urzì, Mirco Ventura

*Logopedista:*

Mercedes Lanza

*Terapista della neuro-psico-motricità:*

Maria Brigida Ochoa

### **Dati organizzativo-strutturali**

*Numero di utenti/posti-letto:* 10-12 minori, di età compresa tra gli 8 e i 16 anni, ricoverati a regime residenziale e semiresidenziale; normalmente abitata da pazienti di sesso maschile.

*Amministrazione:* La Comunità è inserita organizzativamente e amministrativamente all'interno del CdR Villa Angela, i cui posti-letto e le rette per il servizio residenziale e semiresidenziale, sono a totale carico del SSR, in convenzione con le Unità Operative di Medicina di Base delle ASP siciliane.

*Struttura residenziale:* 3 stanze da 4 posti letto, ciascuna con il bagno in camera, un soggiorno comune, uno stanzino/ripostiglio per materiale e spogliatoio operatori, una stanza per il doposcuola e la didattica individualizzata, una palestra/piscina per l'attività psicomotoria in acqua, una stanza per la terapia logopedica.

*Servizi sanitari e amministrativi in comune con le altre UO del CdR:* Servizio di Medicina generale, fisiatrica, foniatrica e otorinolaringoiatrica, Terapia Fisio-Kinesiologica ed Attività Sportiva per disabili, Laboratorio e Compagnia Teatrale, Infermeria e Guardia Notturna, Mensa e Lavanderia, Trasporti e Pulizie locali, Servizi di Manutenzione e di Logistica, Servizi Aziendali di Qualità, Formazione e Sicurezza sul Lavoro, Attività Ludico-Ricreative per le festività.

## **Contesto socio-professionale di riferimento della CT**

### ***Rete comunitaria***

*Centro di aggregazione giovanile del territorio (Clan dei ragazzi):* Centro di aggregazione su base volontaristico-religiosa, rivolto ai minori e ai giovani del territorio ai quali offre servizi di doposcuola, educativa sociale, attività ludico-ricreative e artistico-espressive, istituito e coordinato dalla direzione del CdR per promuovere una cultura della solidarietà, contrastare lo stigma contro la disabilità e favorire l'inclusione sociale dei pazienti in esso ricoverati

*Associazione polisportiva giovanile (PGS Clan):* Società sportiva istituita dalla direzione del CdR per sostenere le politiche giovanili rivolte al territorio attraverso l'offerta di servizi ed opportunità sportive dilettantistiche ed agonistiche per tutti i giovani e per favorire l'integrazione sociale dei pazienti a partire da quelle calcistiche e pallavolistiche.

### ***Rete Istituzionale***

*Servizi Sanitari Pubblici invianti e committenti:* Neuropsichiatria Infantile Territoriale, Medicina di Base, Ospedali Neuropsichiatrici.

*Servizi Sociali Comunali:* Servizi dei Comuni di residenza dei pazienti, in alcuni casi affidatari su decreto del Tribunale dei Minori.

*Tribunale dei Minori di Catania:* attraverso decreti di ricovero e di regolazione degli incontri con i familiari

*Scuola Statale:* Scuole Elementari, Medie e Superiori del Territorio del Comune di San Giovanni la Punta (CT); frequentate regolarmente e con sostegno dai pazienti.

## Fondamenti per la qualità del servizio

### ***Vision***

Una CT intesa, non come struttura residenziale di lungo-degenza volta a contenere e con-finare la grave patologia psichica, ma come *luogo di cura aperto*, di transito, che consenta al soggetto di percepire l'esperienza residenziale come sintonica rispetto al suo percorso di crescita, e non come un taglio evolutivo all'interno di una specifica fase di vita. Ci riferiamo in particolare alla fasi di vita pre-adolescenziali e adolescenziali, nelle quali la maturazione affettiva e lo sviluppo cognitivo, implica sempre nuove modalità di funzionamento mentale, che inevitabilmente coinvolgono anche le relazioni familiari e sociali, in un processo di auto-eco-ri-organizzazione permanente.

Occorre pensare al "luogo" di cura definito CT, come ad uno spazio in cui sia possibile attuare una trasformazione qualitativa (e non solo quantitativa) della patologia psichica o della disabilità mentale, che implichi non solo il realizzare trattamenti terapeutici condivisi e congruenti con le risorse dei soggetti e delle loro famiglie, ma anche il *(ri)includere i minori all'interno di relazioni, eventi e gruppi* che (assumendo un vero e proprio significato simbolico grazie all'istaurarsi di relazioni con coloro che con-dividono lo stesso contesto grupale) possano diventare campi esperienziali funzionali alla *ripresa di un personale percorso di vita*. Occorre, cioè, pensare alla cura come ad un processo mentale orientato sempre, ed a maggior ragione per i minori, alla *guarigione*.

### ***Mission***

*Curare per guarire* i disturbi mentali in età evolutiva significa co-costruire contesti socio-professionali nei quali operatori, pazienti e familiari abbiano la possibilità di vivere e/o rivitalizzare relazioni significative ed affettivamente investite. Tali relazioni infatti creano una rete di sostegno sociale capace di veicolare *empowerment personale* e di favorire un'evoluzione culturale e civile che può a sua volta tradursi, per ciascun paziente, in una forma di esistenza il più possibile gratificante e soddisfacente.

Più specificamente, per *guarigione* intendiamo non soltanto la *guarigione clinica* e quindi l'eliminazione dei sintomi neuro-psichiatrici, ma anche la *guarigione sociale*, ovvero il recupero di un processo di ripresa (*recovery*) dalla sofferenza e dal disagio, a cominciare dal miglioramento della qualità della vita, attraverso la cura ed il sostegno alle relazioni affettive ed all'inclusione sociale.

La *guarigione* pertanto non coincide con il ritorno impossibile ad un'ipotetica condizione di salute precedente la malattia (*restitutio ad integrum*), ma con il ritorno possibile al flusso della vita (*restitutio ad interim*) e con la riattivazione di un processo evolutivo di apertura alla novità ed alla diversità, in altre parole, all'alterità.

### ***Standard Scientifici di riferimento dei Servizi Residenziali***

CISMAI (2001), *Requisiti di "qualità" dei centri residenziali che accolgono minori vittime di maltrattamenti e abuso*. Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, Cosenza.

CoC (2007), *The Service Standards for Communities for People with Learning Disabilities. 1st Edition*. Royal College of Psychiatrists – Community of Communities, London.

CoC (2009), *The Service Standards for Therapeutic Communities for Children and Young People. 2nd Edition*. Royal College of Psychiatrists – Community of Communities, London.

### **In nostro modo di intendere la grave patologia mentale in età evolutiva**

Ci riferiamo alla tradizione di studio psicoanalitico-psicodinamico della patologia infantile incrociata nella clinica attuale con la teoria bio-psico-sociale della salute. Una teoresi complessa che si basa sulla valutazione dei fattori predisponenti del substrato biologico-funzionale rappresentato dalle caratteristiche dei sistemi corporei e dei circuiti neuro-endocrini, delle risorse neuro-psicologiche e cognitivo-emotive dell'individuo che permettono di entrare in rapporto adattivo con la realtà, della dimensione inconscia dell'esistenza e delle matrici relazionali dell'identità, sulla dimensione affettiva della relazionalità umana nelle fasi evolutive dell'individuo e dei cicli vitali familiari, sulla valenza dei campi mentali di tipo familiare, istituzionale e culturali e sulla funzione supportiva svolta dalle reti sociali.

Le più recenti scoperte delle neuroscienze sui processi etiologici della patologia mentale ci presentano infatti un rapporto circolare e ricorsivo tra:

- l'implicazione delle determinanti biologiche nello sviluppo del disturbo mentale,
- le conseguenze delle esperienze relazionali nelle alterazioni dello sviluppo cerebrale,
- l'influenza delle modalità di funzionamento mentale nello sviluppo dei legami affettivi disadattivi

### **Quadri diagnostici e Patologie mentali target**

Il concetto di grave patologia mentale in età evolutiva, da trattare in *setting* residenziali, prevede quattro grossi quadri psicodiagnostici e psicopatologici, così come presentati dalla Classificazione Multiassiale ICD 10 CY dell'OMS (WHO, 1996) dei Disturbi Psichiatrici nell'Infanzia e nell'Adolescenza. Da integrare sempre con una diagnosi del livello di disorganizzazione di personalità e della tipologia della sua struttura, così come previsto dal Manuale Diagnostico Psicodinamico - PDM (PDM Task force, 2006):

- 1) *Disturbi psicotici* associati, o no, a disturbi dell'umore (o anche solo disturbi dell'umore caratterizzati da gravi episodi depressivi e/o maniacali)
  - a) osservati in una situazione di esordio o in fase post-acuta della patologia psicotica o dell'umore e/o, connessa a quest'ultima, di persistente rischio di suicidio e di condotte autolesionistiche e/o di pericolose condotte aggressive nei confronti degli altri (familiari, coetanei, adulti di riferimento, estranei)
  - b) variamente connessi ad un una grave disturbo di personalità poco trattabile ambulatorialmente, domiciliarmene o territorialmente a causa di una scarsa disponibilità alla possibilità di collaborazione da parte della famiglia, e delle istituzioni sociali coinvolte, se non ad una generica richiesta di separazione dal contesto abitativo di provenienza.
  
- 2) *Disabilità intellettive* con grave compromissione comportamentale (fino ad un grado di ritardo mentale moderato)
  - a) osservate in una situazione di regressione o di arresto dello sviluppo delle competenze sociali acquisite/acquisibili, non affrontabile ambulatorialmente, domiciliarmene o territorialmente a causa di una speculare situazione di regressione o arresto dello sviluppo delle competenze educative acquisite/acquisibili del contesto familiare appartenenza
  - b) variamente connesse ad una grave sintomatologia da comportamento dirompente, iperattivo, aggressivo e/o disattentivo che si manifesta in maniera persistente e/o in maniera imprevedibile in tutto l'arco delle 24 ore di cui è composta una giornata, e che abbisogna, per essere trattata, di una presenza costante di operatori clinico-sociali.

- 3) *Disturbi della condotta* e sindromi da grave iperattività associate a dipendenze patologiche e/o a condotte compulsive auto-etero-lesionistiche (assunzione di sostanze, manipolazione delle funzioni corporee, ecc.)
- a) osservati in una situazione di esordio o in fase post-emergenza, che potrebbero rapidamente peggiorare qualora non si effettuasse una separazione dai contesti socio-familiari di appartenenza e non si garantisse trattamento clinico-sociale costante per tutto l'arco delle 24 ore di cui è composta una giornata
  - b) variamente connessi a condizioni di reiterazione di condotte criminali agite o subite a causa di una grave situazione di emarginazione sociale, di disturbo di personalità o di disagio economico, altresì connessa ad una situazione giuridico-legale di limitazione della libertà in conseguenza di persistenti atteggiamenti antisociali.
- 4) *Disturbi post traumatici da stress complessi*, sindromi psicotiche e depressive reattive e disturbi dell'adattamento, conseguenti a maltrattamenti, abusi o violenze assistite
- a) osservati in situazioni di crisi nelle quali le condizioni psicofisiche e lo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale risultano fortemente compromessi dai traumi subiti e/o nelle quali la complessità del contesto familiare e sociale mette a rischio l'integrità corporea e non permette di escludere la possibilità di una ri-esposizione a fattori traumatici
  - b) variamente connessi ad una situazione giuridica di valutazione delle possibilità di recupero o di sviluppo delle funzioni genitoriali da parte dei familiari e/o di altra famiglia adottiva o affidataria.

## Obiettivi e metodologie valutative

La nostra metodologia di valutazione si concentra contemporaneamente sui pazienti e sulle loro famiglie, ma anche sugli operatori e sul contesto istituzionale. Consideriamo ad esempio fondamentale l'indagine sui livelli di soddisfazione degli utenti e dei loro familiari, ma anche dei livelli di soddisfazione e di qualità percepita da parte dei committenti e degli *stakeholders*. La valutazione di qualità dei processi lavorativi costituisce un altro tassello importante della nostra metodologia. A questa va aggiunta la valutazione dell'efficacia clinica dei programmi e dei dispositivi terapeutici attuati in comunità, anche in un'ottica di ricerca empirica.

Nelle procedure di valutazione riguardanti la presa in carico della grave patologia mentale in età evolutiva, risulta fondamentale prendere in considerazione l'ambiente psico-sociale di appartenenza, la rete di supporto e il contesto familiare di provenienza. La valutazione clinica include almeno la dimensione familiare attuale, anche se è sempre più corretto effettuarla all'interno di una cornice tri-generazionale. Le dinamiche relazionali transgenerazionali e transfamiliari, se ben osservate forniscono informazioni fondamentali e molto utili al lavoro clinico.

La valutazione psicodinamica connessa a quella clinico-sociale più generale prevede anche il lavoro diagnostico sui vari disturbi neurologici, neuropsicologici e psicopatologici, ma soprattutto la valutazione dei livelli e delle tipologie di organizzazione della personalità.

La valutazione cognitivo-linguistica e psicomotoria va invece affrontata con test di livello e prove qualitative in grado di rendere conto dello sviluppo delle varie funzioni cognitive e delle specifiche necessità di sostegno. Un lavoro diagnostico attento, in questo ambito, prevede la valutazione delle varie e connesse disabilità, linguistiche, comunicative, relazionali, psicomotorie e kinesiologiche. Tali valutazioni non possono essere disgiunte da accertamenti medico-specialistici almeno otorinolaringoiatrici, foniatrici e fisiatrici coi inviare/accompagnare il paziente in tutti i casi di necessità.

Un'altra tipologia di lavoro valutativo è quella riguardante il contesto residenziale ed il campo terapeutico formato dalle relazioni lavorative e dalla rete delle relazioni professionali, che permette ad esempio di monitorare l'alleanza di lavoro tra gli operatori e la qualità della loro *membership* grupale. A ciò è connessa anche la valutazione dello stress lavoro-correlato e del livello di *burn-out* degli operatori, anche in relazione agli specifici dispositivi messi in atto per contrastarli. Anche la valutazione della soddisfazione lavorativa si inserisce in questo ambito.



### **Filosofia della valutazione preliminare all'accesso**

L'analisi della domanda, l'analisi del contesto di provenienza della domanda, la diagnosi clinica del paziente e l'analisi istituzionale ed organizzativa delle condizioni di funzionamento della CT stessa in relazione al caso in esame, rappresentano le quattro procedure di valutazione preliminari all'attivazione di questo dispositivo di cura, e alla redazione di un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato per ciascun paziente. La valutazione cui qui facciamo riferimento ha cioè la caratteristica di essere metodologicamente ed epistemologicamente fondata sull'analisi di ogni singolo caso clinico all'interno di una ampia matrice relazionale; quest'ultima però fondata essenzialmente su:

- la relazione tra chi valuta (con le proprie finalità) e chi è valutato (con i propri obiettivi, sulla base dei quali valuta a sua volta, chi lo sta valutando);
- la relazione tra il paziente (inteso nella sua dimensione storica esistenziale) ed il mondo familiare di appartenenza;
- la relazione tra questo mondo familiare e le istituzioni sociali con i quali è interconnesso
- la relazione tra la CT (intesa come nuova, seppur transitoria, nicchia ecologica) e la persona del paziente stesso, così come concepita dal pensiero collettivo, familiare ed antropologico;
- la relazione tra la CT (intesa come agenzia sociale al servizio della tutela dei fondamentali diritti di cittadinanza dei membri più deboli della comunità sociale) e la comunità locale di appartenenza (territorialmente, economicamente, socialmente e politicamente definita).

### **Obiettivi e metodologie terapeutiche**

Le quattro grosse macro-categorie psicodiagnostiche summenzionate rimandano alle quattro grandi funzioni, che incarna il dispositivo residenziale della Comunità Terapeutica per minori: *(psico)terapeutica*, *(ri)abilitativa*, *(socio)educativa* e *(clinico)assistenziale* (Wright-Watson, 1990; 1993; Rose, 1999; Ward, MacMahon, 1998; Ward, Kasinski, Pooley, Worthington, 2003; O'Sullivan, Paget 2009). L'obiettivo di cura dei programmi terapeutico-comunitari può infatti assumere (a seconda dei molteplici fattori che determinano le procedure di presa in carico di ogni singolo e specifico caso clinico) una valenza variamente legata ora alla *mentalizzazione*, ora alla *socializzazione*, ora a quel processo evolutivo variamente denominato *autonomizzazione-individuazione-soggettivazione*. Gli obiettivi terapeutici summenzionati non devono però mai essere disgiunti da quelle *funzioni protettive-contenitive-supportive* che prevedono innanzitutto l'accoglienza non giudicante, il prendersi cura sollecito e l'accompagnamento affettuoso del paziente inteso nella sua totalità di persona. Riconosciamo a tale funzione contenitiva una valenza specificamente clinica, anche nel caso in cui il paziente va protetto da se stesso, dalla sua impulsività o dalle conseguenze dei suoi atti.

Recuperare la (re)inclusione nella propria comunità di riferimento (sia essa la nostra struttura terapeutica residenziale, sia il proprio ambiente di provenienza e di convivenza familiare, sia la propria comunità locale di appartenenza, a cominciare dalle istituzioni scolastiche, sanitarie e giuridiche) rappresenta il passaggio determinante verso la guarigione. Tale passaggio da un lato si fonda metodologicamente sulla *socializzazione* del disagio e degli accadimenti ad esso collegati; dall'altro è dato dallo sviluppo delle *competenze mentalistiche* (Fonagy, Target, 1997) necessarie a costruire rappresentazioni intenzionali delle relazioni umane e della propria storia (meta-rappresentazioni) e poter intrecciare nuove - e riparare vecchie - reti socio-familiari.

La *socializzazione*, oltre ad essere uno specifico fattore terapeutico gruppoanalitico, che permette al trattamento di svilupparsi all'interno di una gruppo di persone che rappresentano che personificano proprio quelle situazioni sociali nelle quali il paziente agisce identicamente tanto nella vita reale quanto nella situazione gruppoanalitica (*significato in atto*), è anche una specifica condizione fenomenologica della mente umana che consente, attraverso l'osservazione delle dinamiche di gruppo, di considerare un disturbo psico(pato)logico come la manifestazione di un disturbo della comunicazione tra una gruppaltà di persone (*localizzazione del disturbo*), configurandolo come una gestalt che emerge in figura, lasciando sempre comunque un gruppo-comunità sullo sfondo (*configurazione*) (Foulkes, 1948; Foulkes, Anthony, 1957).

La *capacità di mentalizzare*, secondo Fonagy (1997), permette l'attivazione di un processo automatico ed inconscio, direttamente connesso ai processi di funzionamento della memoria procedurale (e di quella che la ricerca neuro-cognitiva chiama *Theory of Mind*), consente di riconoscere la differenza esistente tra la percezione degli altri, associata ad una rappresentazione della loro figura, e ciò che le altre persone sono nella realtà. Da qui deriva lo sviluppo di quella funzione mentale detta *funzione riflessiva* (Fonagy, Target, 1997), che permette di rispondere quindi, non solo al comportamento degli altri, ma anche ad una propria concezione dei loro sentimenti, desideri, credenze, speranze, aspettative, progetti, motivazioni: in altre parole, del loro *mondo interno*.

In particolare tale funzione riflessiva svolge un ruolo fondamentale nell'elaborazione e nel superamento dei traumi vissuti, specie quelli dovuti a maltrattamenti o abuso. In questo caso, oltre alla presa in carico psicoterapeutica dei disturbi emotivo-affettivi (ad es. i comportamenti aggressivi o sessualizzati e gli stati dissociativi) e della sintomatologia neuro-psichiatrica e neuro-vegetativa associata (ad es. l'iper-arousal e i flashback) obiettivo fondamentale è garantire alla vittima il suo diritto di vivere in famiglia. Il ché impone un lavoro di sostegno e sviluppo delle relazioni tra il bambino ed i familiari e/o un accompagnamento all'attivazione di risorse familiari sostitutive come nel caso dell'affido e dell'adozione. In caso di adozione diventa fondamentale permettere un distacco definitivo dei genitori dal figlio, riducendone per quanto possibile l'impatto traumatico.

### **Filosofia dell'intervento terapeutico residenziale**

Ci rifacciamo ad una concezione evolutiva della malattia mentale intesa come conseguenza di un disturbo nella crescita psicologica, e quindi come una cristallizzazione o una distorsione dello sviluppo della matrice relazionale dalla quale emerge la personalità dell'individuo. Qualsiasi trattamento terapeutico non può infatti non essere inteso che come la riattivazione di un processo evolutivo, che possiamo variamente definire di *soggettivazione*, *individuazione* o *autonomizzazione* dell'essere umano nei propri contesti familiari e socio-culturali di origine ed appartenenza. In questa ottica anche la cura psichica rappresenta un processo che utilizza un campo di azione all'interno del quale è possibile osservare non solo le evoluzioni positive al trattamento, ma anche le cosiddette "resistenze al cambiamento". Queste ultime - che si rendono evidenti proprio all'interno dei dispositivi terapeutici, e che, tra l'altro, si collocano nelle matrici intersoggettive organizzanti la personalità, sono quelle parti gravemente malate (sature o saturate) del sé che costringono il paziente a ripartire costantemente da livelli più precoci di sviluppo psicologico dopo le regressioni operate per mezzo di crisi (psicotiche e/o comportamentale) emergenti nei suoi contesti di vita.

Le "crisi" o le fasi sintomatologiche acute, possono essere viste, più clinicamente, come un peculiare processo evolutivo da integrare nel più grande processo di guarigione rappresentato dal percorso di crescita di ciascun individuo all'interno dei propri contesti di origine e di appartenenza. In questo caso il processo di sviluppo post-crisi, coincide perfettamente con il processo di cura degli aspetti più immaturi e delle parti più sature delle matrici intersoggettive che organizzano la personalità del paziente e che non si sono potute evolvere armonicamente nei contesti in cui è cresciuto. È in questo senso che la crisi può quindi essere anche considerata terapeutica. La CT, in questo caso, ha dunque il compito di far emergere queste modalità relazionali primitive, affinché vengano riconosciute e rielaborate riacquistando nuovo significato, all'interno di un ambiente terapeutico comunitario in grado di attivare un campo mentale gruppale, specificamente terapeutico – identificabile anche come *campo co-trasferale* - e che viene a costituirsi come il campo esperienziale specifico della terapia.

Bisogna tenere sempre presente che una CT si differenzia dalla psicoterapia duale o gruppale perché implica non solo un lavoro clinico sulla patologia del singolo, ma anche una situazione di vita in comune. In questo contesto gli scambi, anche solo verbali, tra i pazienti, e tra i pazienti e gli operatori, portano a decisioni attive per *fare cose per - e ne - la comunità*. Questo è a tutti gli effetti un processo di responsabilizzazione per il paziente: rispetto sia allo svolgimento di un'azione, sia alla mancata realizzazione della stessa. Se la CT rinuncia a restituire ai pazienti le responsabilità delle proprie scelte di partecipazione alla vita collettiva, inevitabilmente cronicizza questi ultimi nella posizione dipendente di chi non ha alcun potere se non quello di resistere reattivamente al potere altrui,

rinunciando comunque ad autonomizzarsi; questo implicherebbe una rinuncia alla cura da parte della CT, che finirebbe per diventare così, luogo di segregazione e di rafforzamento di quei rigidi confini che determinano la sofferenza psichica. La responsabilità verso se stessi e gli altri membri della CT rappresenta allora il primo passo per rendere attuabile quella “responsabilità di cura” che appartiene non solo all’*équipe* curante, ma anche alla famiglia e che progressivamente deve essere assunta dal paziente.

È necessario, cioè, stimolare la formazione di un “locus of control”, rispetto al processo terapeutico, che torni ad essere percepito come interno da parte del paziente, lontano dalla visione fatalistica e de-centrata della patologia mentale. Principio essenziale è, quindi, la “coerenza” dell’intervento terapeutico, educativo o riabilitativo, ovvero la capacità del curante di assumere un atteggiamento flessibile entro limiti e confini stabiliti dal contesto istituzionale condiviso e dal progetto terapeutico individuale. Il lavoro con i gruppi all’interno delle CT può consentire allora di creare una situazione nella quale sia possibile per i pazienti associare liberamente gli eventi gli uni agli altri (Sassolas, 2004), ripensando non solo la storia della loro esperienza comunitaria in connessione a quella degli altri che con loro abitano gli stessi spazi fisici, ma collegandola, in maniera creativa e trasformativa, con la propria esperienza di vita, la quale, non va mai dimenticato, inizia *prima* e continua *dopo*, in ricovero in CT. La CT rappresenta così uno spazio intermedio per la *cura dei confini interni ed esterni al paziente*, grazie ad uno stare insieme progettuale che stimola la formazione di una matrice di convivenza co-costruita tra i pazienti, le famiglie e gli operatori, che crea appartenenza ad un gruppo e che diventa *plexus* del progetto terapeutico comunitario multi-istituzionale.

### **Dispositivi terapeutico-riabilitativi attivati nel “Gruppo Calimero”**

La CT si basa su una pratica di progettazione terapeutica personalizzata, il più possibile contrattata con il paziente, che prevede l’utilizzo e l’attivazione, a seconda delle necessità e degli obiettivi, di una eventuale terapia farmacologica individualizzata e di una serie di interventi e di dispositivi terapeutici; essenzialmente inquadrabili come: Trattamenti riabilitativi standard, Trattamenti terapeutico-riabilitativi integrati, Dispositivi psicoterapeutici comunitari, Dispositivi psicoterapeutici individualizzati. Tale pratica mantiene però una coerenza terapeutica globale che si manifesta nel funzionamento comunitario della dimensione residenziale; la quale può essere considerata in ultima analisi il vero e ultimo dispositivo di cura specializzato nella presa in carico selettive, temporanea e personalizzata, di alcune specifiche e gravose fasi clinico-evolutive della grave patologia mentale in età evolutiva. A tali dispositivi si aggiungono quelli di tipo socio-riabilitativo come le attività di convivenza extra-muraria durante i periodi di vacanza scolastica.

### ***La progettazione terapeutica personalizzata***

I pazienti usufruiscono di una progettazione terapeutica personalizzata, curata dai tre responsabili dell'equipe di coordinamento attraverso il lavoro svolto in quattro assetti gruppalì.

*Gruppo di co-visione clinico-istituzionale*, nel quale i tre responsabili si riuniscono costantemente, anche alla presenza del Direttore Sanitario, ed all'occorrenza in consultazione con referenti istituzionali dei Servizi Sanitari indiani, delle Scuole del territorio, del Tribunale dei Minori.

*Gruppi operativi di progettazione terapeutica personalizzata*, cui ciascun singolo paziente partecipa assieme a tutti gli operatori che si prendono cura di lui ed alla sua rete istituzionale, sociale familiare e comunitaria di riferimento.

*Gruppo di supervisione e coordinamento clinico-istituzionale*, che i responsabili dell'equipe e gli operatori responsabili delle attività educative svolgono costantemente per la definizione del programma terapeutico della CT.

*Gruppo staff clinico-sociale*, nel quale tutti gli operatori che si occupano dei pazienti della CT si riuniscono per il monitoraggio e la valutazione delle problematiche organizzative, ma anche delle attività terapeutiche di ciascun operatore con ciascun paziente.

### ***La terapia farmacologica individualizzata***

Gli interventi terapeutico-farmacologici si connotano per un approccio globale ed integrato con tutta la serie dei trattamenti potenzialmente disponibili per ciascun specifico paziente, con i suoi personali disturbi, i suoi particolari contesti di vita e di cura, nella sua particolare fase evolutiva, avendo costantemente presente la qualità della vita sua e della sua famiglia, nel rispetto del rapporto benefici/costi e del Progetto Terapeutico Individualizzato.

In quest'ottica la terapia farmacologia, con molta moderazione e per situazioni ben definite e specifiche, rappresenta uno dei possibili interventi nel contesto di un approccio terapeutico più ampio e globale, ed una preziosa risorsa terapeutica, purché somministrata con la consapevolezza di evitare il rischio di un ricorso indiscriminato a sostanze, i cui effetti a lungo termine spesso non sono totalmente conosciuti ed adeguatamente valutati. Tali preoccupazioni si moltiplicano laddove vengono coinvolti i farmaci ad azione psicotropa (psicofarmaci), visti come sostanze in grado di modificare "artificialmente" il naturale percorso evolutivo del bambino.

È peraltro ormai ampiamente documentato nella letteratura scientifica internazionale come esistano diverse condizioni morbose nelle quali i farmaci ad azione psicotropa risultano particolarmente efficaci, ben tollerati e sicuri: così per le patologie psichiatriche il Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività, il Disturbo Ossessivo Compulsivo, la Depressione, gli Stati deliranti e/o Allucinatori, i Disturbi d'Ansia Generalizzati.

Lo scopo della terapia farmacologica, sola o in associazione ad altri interventi, resta sempre quello di ridurre il disagio, la sofferenza o la pena e, nel contempo, di migliorare il funzionamento somato-psico-relazionale dell'individuo: ogni altro fine legato alle prescrizioni farmacologiche è deontologicamente inaccettabile e condannabile; come ad esempio quello sedare un bambino per renderlo meno disturbante a genitori, educatori o insegnanti.

Le prescrizioni vengono sempre effettuate avendo ben presente gli scopi di ogni specifica terapia farmacologica e tutti gli aspetti connessi all'uso dei farmaci prescritti: le indicazioni (in quali situazioni cliniche può essere prevista l'adozione di un farmaco), le controindicazioni (in quali situazioni non va presa in considerazione l'adozione di un farmaco), l'efficacia (benefici che un farmaco può dare in studi controllati), l'efficienza (benefici che il farmaco può dare anche al di fuori di condizioni controllate), la tossicità (nella duplice prospettiva di tossicità a breve e lungo termine), le modalità d'uso (modalità intese non solo in termini di posologia.. ma soprattutto in termini di integrazione della proposta farmacologica nell'ambito del più generale progetto terapeutico).

### ***I trattamenti riabilitativi previsti dagli standard dei CdR***

Le prestazioni sanitarie previste dal trattamento residenziale e semiresidenziale in convenzione con il SSN per tutti i minori con grave patologia mentale ricoverati in Centri di Riabilitazione sono essenzialmente la *Logopedia individuale e di gruppo*, la *Psicomotricità individuale e di gruppo* e la *Didattica individualizzata* (all'interno della quale si prevede anche lo svolgimento del servizio doposcolastico).

### *Logopedia*

La terapia logopedica in età evolutiva si occupa dei disturbi della voce, del linguaggio e della comunicazione, ma anche delle difficoltà miofunzionali ed articolari dell'apparato orofaringeo, quali:

- i disturbi del linguaggio e più in generale della comunicazione come la disfonia e le difficoltà di linguaggio legate alla sordità o alla balbuzie
- i disturbi neuromotori e funzionali come la disfagia, la disartria, la deglutizione deviata, le labiopalatoschisi o le disodie
- i disturbi neuropsicologici come le afasie, l'aprassia, l'agnosia, i ritardi di sviluppo del linguaggio, i disturbi fonologici, i disturbi dell'apprendimento, i disturbi dell'attenzione, i disturbi delle funzioni esecutive e della metacognizione
- disturbi neurocomportamentali come quelli causati da traumi cranici, da eventi patologici cerebrali, da autismo, demenza o ritardo mentale

### Terapia della Neuro- e Psico-Motricità

La terapia della neuro e psicomotricità in età evolutiva si applica a disturbi percettivo-motori, disturbi neuro-cognitivi e disturbi della simbolizzazione e dell'interazione, quali:

- i ritardi e le difficoltà psicomotorie, della comunicazione e dell'apprendimento nei disturbi neurologici, neuropsicologici e psicopatologici
- le disabilità cognitive e motorie nei disturbi neuromotori come gli esiti da paralisi cerebrale, distrofie, sindromi e neuropatie
- i problemi rappresentazionali e meta-rappresentazionali, le problematiche comportamentali e relazionali nei disturbi psicomotori delle disabilità intellettive, dell'autismo e della grave patologia mentale
- le problematiche relative allo schema corporeo ed alla funzione propriocettiva in tutte quelle patologie che presentano una disorganizzazione della personalità a causa di una debole o troppo rigida struttura identitaria.

### Didattica individualizzata

La didattica individualizzata mette in atto strategie educative che tengano conto della singolarità del paziente, della sua articolata identità, delle sue capacità e delle sue fragilità, nelle varie fasi di sviluppo e di formazione, ponendolo al centro dell'azione didattica, in tutti i suoi aspetti cognitivi, affettivi, corporei, etici e spirituali, all'interno del suo contesto socio-culturale di riferimento, fornendogli gli strumenti simbolico-semantiche per la sua comprensione, rappresentazione e rielaborazione creativa.

All'interno di tale attività è prevista la cura delle trasmissioni standardizzate e normative delle conoscenze programmate dall'istituzione scolastica che frequenta il paziente. In collaborazione con l'attività scolastica, si possono realizzare così percorsi didattici sempre più rispondenti alle inclinazioni personali, nella prospettiva di valorizzare gli aspetti peculiari della loro personalità.

### ***I Trattamenti terapeutico-riabilitativi integrati e comunitari***

Oltre ai trattamenti convenzionati, si svolgono in CT anche trattamenti terapeutico-riabilitativi a valenza socializzante e mentalizzante, in *setting* di gruppo o con metodologia prettamente relazionale, cui partecipano i pazienti a secondo di quanto previsto e programmato nel loro Progetto Terapeutico personalizzato ed in funzione delle caratteristiche dinamiche dei gruppi terapeutici cui possono partecipare. Queste dispositivi terapeutici sono essenzialmente il *Training Metacognitivo Grupale*, la *Psicomotricità in Acqua*, il *Sostegno all'Inclusione Scolastica*, i *Gruppi di Attività Socio-Educative*, i *Gruppi di Laboratorio Artistico-Espressivi*.

### Training Metacognitivo Gruppale

Il Training Metacognitivo Gruppale si propone sia come un programma di trattamento dei problemi di attenzione, concentrazione, impulsività e scarso autocontrollo, aspetti, questi, particolarmente influenti sia rispetto i quadri sintomatologici della grave patologia mentale, sia come un dispositivo di sostegno ai processi di apprendimento delle abilità scolastiche, con relative implicazioni anche sull'autostima. L'intervento si propone di potenziare, se non di ricostruire, le capacità di autoregolazione attraverso strategie cognitive efficaci e dinamiche gruppali motivanti. Il dispositivo prevede la composizione di un gruppo di tre massimo quattro partecipanti, sulla base dell'omogeneità delle caratteristiche personali, della conciliabilità reciproca e delle caratteristiche diagnostiche sopra delineate, ovvero: irrequietezza motoria, difficoltà di attenzione prolungata e risposte impulsive con conseguenti difficoltà e/o insuccessi scolastici e difficoltà nelle relazioni interpersonali. In questo spazio sono presenti le figure di Io-ausiliario per ciascun partecipante, accanto al conduttore logopedista.

### Psicomotricità in acqua

L'ambiente acquatico favorisce una peculiare riorganizzazione del sistema nervoso centrale ai fini del controllo motorio e della decodifica sensoriale, grazie al fatto che il corpo immerso in acqua è sottoposto sia alla forza di gravità sia alla spinta idrostatica. Alcuni degli effetti dell'immersione come la riduzione del tono posturale e la modificazione delle informazioni esteroceettive che inducono un'alterazione della percezione dello schema corporeo e una maggiore consapevolezza del confine corporeo. L'immersione in acqua e la rifrazione ottica alterano la percezione e l'immagine corporea, pone tutti alla stessa altezza, mettendo gli occhi dei partecipanti sulla stessa linea. Questa condizione potenzia i canali comunicativi non verbali, a vantaggio peculiare degli scambi a livello dello sguardo e del con-tatto.

### Sostegno all'integrazione scolastica

Il Sostegno all'integrazione scolastica prevede un lavoro coordinato con l'istituzione scolastica volto alla creazione di una matrice dinamico-relazionale in grado di accogliere e integrare il paziente nel contesto della scuola in genere e della classe in particolare. È quindi prevista la partecipazione ai Consigli di classe per la programmazione dell'intervento annuale, il lavoro con gli insegnanti e gli altri funzionari e/o operatori presenti a scuola, ma soprattutto il lavoro con la classe nel suo complesso, e ove necessario con i genitori dei compagni (anche al fine di migliorare l'integrazione istituzionale e l'inclusione comunitaria dei genitori dei pazienti).



### Gruppi di attività socio-educative

I Gruppi socio-educativi sono *Gruppi di Attività*, ricreative, socializzanti, sportive o artistiche, che hanno di per sé un effetto terapeutico sui partecipanti perché premettono l'allargamento e la trasformazione delle reti sociali personali. Il cambiamento e la diversificazione delle tipologie di rapporti interpersonali in esse contenuti e, soprattutto, la possibilità di fare anche qui "Esperienze Emozionali Correttive" da rielaborare poi nei dispositivi psicoterapeutici comunitari o individualizzati, ne rappresentano le principali funzioni terapeutico trasformative.

I principali Gruppi di Attività socio-educative svolte in CT sono il *Gruppo di Educazione Religiosa "Din Don Dan"* volto anche alla catechesi preparatoria all'iniziazione cristiana, il *Gruppo di Laboratorio di Cucina*, nel quale si sperimenta la dimensione domestica della convivialità e della preparazione e consumazione in comune dei pasti, ed il *Gruppo di Decorazione Artigianale* degli ambienti della comunità.

### Gruppi di Laboratorio Artistico-Espressivi

Vi sono poi i *Gruppi di Laboratorio Artistico-Espressivi*. Gruppi con valenza più esplicitamente terapeutica rispetto ai gruppi di attività socio-educativa, perché fondati sulle relazioni interpersonali che in esse si svolgono, finalizzati all'elaborazione di contenuti psichici personali e gruppali, attraverso l'espressione artistica, corporea, e/o basati sulla rielaborazione creativa, ludica e artigianale dei contenuti psichici attraverso materiali trasformabili, oggetti concreti e linguaggi non-verbali. Sono gruppi condotti, a seconda dal grado di funzionamento terapeutico programmato, in coppia da un esperto tecnico nell'arte specifica ed un esperto di psicodinamica di gruppo. In essi, a differenza dei Gruppi di Attività, è prevista la riflessione sui loro stessi processi gruppali e la rielaborazione delle tematiche emerse nel Gruppo di Comunità.

Tra queste ultime tipologie di gruppi-laboratorio citiamo i *Gruppi di Arti Narrative* che prevedono la costruzione e l'invenzione di racconti e/o fiabe di fantasia o tradizionali, e i *Gruppi di Arti Coreutiche* che prevedono la messa in scena, la costruzione di rappresentazioni teatrali, la drammatizzazione o la danza.

### ***I dispositivi psicoterapeutici comunitari***

Sono questi dispositivi attivati per sostenere la psicodinamica terapeutica del contesto di cura residenziale, sono tutti svolti in *setting* gruppali e si sviluppano a partire dal *Community Meeting* settimanale. Gli altri dispositivi sono poi, il *Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare*, il *Gruppi di Psicoterapia Artistico-Espressiva*, I *Gruppi di Psicodramma Analitico*.

### Gruppo di Comunità (community meeting)

Ad esso partecipano non solo tutti minori della CT, ma anche tutti gli operati ed i membri dello staff clinico-sociale responsabile. Tale gruppo, della durata di un'ora e mezzo e in media composto da una ventina di persone, si svolge una volta a settimana, in un giorno fisso, e ad esso partecipano anche tutte le figure dei tirocinanti di psicologia e psicoterapia e dei volontari che operano con i pazienti della CT. Esso si configura come un vero e proprio *gruppo di psicoterapia analitica comunitaria*. A seconda delle fasi evolutive vissute delle relazioni interpersonali all'interno del gruppo staff, delle dinamiche istituzionali e, soprattutto a seconda delle relazioni che si strutturano tra i minori e delle loro stesse preferenze, si può svolgere in due assetti (*set*): in uno spazio vissuto quotidianamente dai partecipanti come soggiorno dell'appartamento, oppure in uno spazio più neutro connotato come luogo specifico della terapia espressiva, ad esempio una palestra di psicomotricità, una sala danza o un teatro di psicodramma. Queste decisioni vengono prese negli incontri del Gruppo Staff Clinico-Sociale, dove gli operatori ed i responsabili si confrontano sulle motivazioni di utilizzare un tipo di *set* piuttosto che l'altro, e sulla durata o sulla successione delle fasi in cui l'assetto di lavoro di volta in volta attivato va mantenuto. Di solito uno specifico *set*, una volta attivato non viene sostituito prima di alcuni mesi di lavoro, abitualmente in prossimità delle pause per le festività (ad es. vacanze estive, festività natalizie o pasquali).

Nel primo formato di lavoro si predilige la scelta dell'ambiente domestico per facilitare il dialogo tra i ragazzi in un contesto comunicativo protetto e familiare. La scelta della seconda tipologia di assetto invece è volta a facilitare l'attuazione di esercizi psico-corporei o senso-motori volti ad esprimere i contenuti gruppali anche attraverso modalità artistiche, ludiche o comunque non-verbali. L'intervento si struttura, in ambedue i casi, in tre momenti di lavoro: uno momento riconnettivo e strutturante la matrice comunitaria su base espressivo-relazionale, uno riflessivo e narrativo sulle dinamiche e gli eventi della settimana che vede protagonisti gli operatori, l'altro più espressivo e interattivo, attraverso il quale i pazienti possono comunicare e condividere i propri vissuti.

Il *setting* di questo gruppo può assumere tre varianti specifiche a seconda della priorità attribuita ad una specifica tipologia di linguaggio e di comunicazione espressiva: *confronto verbale* in gruppo di parola, *dialogo motorio* in gruppo espressivo, *rappresentazioni simboliche* in gruppo di psicodramma. Il momento riflessivo si svolge sempre in assetto circolare e attraverso una modalità "narrante", attraverso la quale "i grandi" raccontano ai "piccoli" delle storie che traggono spunto da episodi significativi accaduti durante la settimana. Tale modalità, oltre a garantire una forma di anonimato ed evitare un'attenzione diretta alle ferite narcisistiche dei pazienti, consente la massima partecipazione di tutti i presenti, attivando la curiosità soprattutto dei minori che, durante la narrazione, si interrogano su chi, di volta in volta, riconoscerli come "protagonista/antagonista".

I omenti espressivi, quello riconnettivo iniziale e quello interattivo finale, possono essere di tipo verbale-dinamico e quindi svolti attraverso il libero dialogo di gruppo per scambiarsi comunizzazioni organizzative e condividere vissuti personali e gruppali; oppure possono prevedere un'attività di danza-movimento-terapia che dia la possibilità ai partecipanti di esprimere attraverso il corpo i vissuti personali e gruppali rispetto alle emozioni-riflessioni suscitate dagli eventi della convivenza in comunità accaduti in settimana o a quelle suscitate dalle narrazioni dei momenti riflessivi; oppure ancora può prevedere delle attività psicodrammatiche che possano rappresentare simbolicamente gli eventi importanti intercorsi nella comunità o le storie narrate nei momenti riflessivi.

Questo gruppo diventa così il luogo ed il tempo della narrazione delle proprie storie e dei propri vissuti. Esso permette anche una riflessione sulle relazioni di ogni paziente con i propri familiari ed i propri operatori, e analiticamente sulle relazioni reali tra i familiari e gli operatori di ciascun paziente. Il gruppo di comunità inteso quindi come un insieme di persone che hanno avuto una storia personale, anche di sofferenza, che va recuperata, riconosciuta rispettata, ma anche una storia di comunità e di gruppo attraverso la quale ri-progettare la propria vita e il proprio futuro”.

#### Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF)

Il lavoro del GPMF prevede innanzitutto l'attivazione di alcune prassi di risoluzione dei conflitti sia interni a ciascun nucleo familiare, sia quelli tra le famiglie e le agenzie sociali coinvolte, sia infine quelli sorti all'interno del gruppo tra i suoi partecipanti. La risoluzione dei conflitti passa attraverso una elaborazione delle modalità di partecipazione emotiva al gruppo, attraverso una continua opera di riflessione sulle aree di conflitto interne al gruppo, sul linguaggio e sui canali di espressione dello stesso, a partire dai comportamenti sintomatici e rivelatori, invitando ad attivare un pensiero di gruppo fondato sul ribaltamento delle posizioni generazionali e di potere. L'esempio più tipico è quello di invitare a *mettersi nei panni dell'altro* (facendo finta di essere figli se si è genitori, fratelli minori se si è maggiori, adulti se si è bambini, operatori se si è familiari, uomini se si è donne, e viceversa, impersonando i più diversi ruoli familiari e/o istituzionali), mentre il gruppo osserva e testimonia. Un altro obiettivo importante è quello di imparare ad usare le risorse del contesto gruppale nell'ottica di rafforzare l'appartenenza della famiglia alla rete sociale che sostiene la comunità, far uscire il nucleo dall'isolamento della multiproblematicità e creare una connessione tra reti formali e informali di sostegno al fine di non sospendere mai, ma al contrario ri-attivandoli quando non sono presenti, i processi mentali inclusivi dei minori nel nucleo familiare e del contesto comunitario d'origine.

Il processo di gruppo multifamiliare permette il superamento della trappola insita nella dicotomia parti sane/parti malate che tradizionalmente limita gli scambi tra terapeuta (espressione di sanità, conoscenza, competenza) e paziente (espressione di malattia, errore e incompetenza), attraverso la

costituzione di una rete di interdipendenze dalla quale gradualmente emergono qualità personali, familiari e gruppali imprevedibili. Utilizzando empiricamente il concetto epistemofilico di *virtualità sana* è possibile, attraverso il gruppo, ricollocare ciascun individuo (terapeuta, operatore, familiare, minore, paziente) all'interno della sua esperienza così come si è organizzata in rapporto alla personale proporzione di interdipendenze-patogene/interdipendenze-sane e soprattutto così come può potenzialmente sempre euto-eco-ri-organizzarsi in futuro. L'esperienza fondamentale del gruppo multifamiliare è quindi quella della trasformazione di contenuti mentali, inizialmente disorganizzati o incoerenti, in pensiero riflessivo e condiviso, attraverso il quale un agito, un delirio, uno sproloquio incongruo diventano, attraverso il contributo di ciascun partecipante al gruppo, "atti parlanti" e pensieri coerenti, che ciascuno può anche riconoscere come propri.

### Gruppi di Terapia Artistico-Espressiva

Il lavoro terapeutico attraverso i gruppi di terapia artistico-espressiva consiste nel dinamizzare la rete intermedia della CT, permettendo alle relazioni interpersonali di transitare da una dimensione sociale e formale ad una intima e gratuita, strutturando così una matrice dinamica che permette di innescare processi di insaturazione nelle matrici personali dei partecipanti. Questa matrice diventa una nuova rete di appartenenza sociale alternativa agli attaccamenti familiari (nuova rete primaria) ma soprattutto una nuova rete di partecipazione alla vita comunitaria, interna ed esterna alla struttura residenziale, da cui il paziente può partire per esplorare nuove modalità di abitare la comunità locale e di partecipare alla sua vita sociale. Ciò avviene attraverso una serie di tecniche e discipline arte-terapeutiche e/o ludico-creative che permettono un investimento più veloce e meno difensivo delle relazioni interpersonali, grazie all'utilizzo di canali comunicativi non verbali ed all'immediato coinvolgimento della relazionalità corporea. Tali gruppi, come quelli di attività artistico-espressiva a più alta valenza terapeutica sono, sempre a termine e co-condotti da psicoterapeuti e da esperti/maestri d'arte.

In CT i gruppi più facilmente attivati sono quelli di *Narrazione, Drammaterapia, Foto-Video-Terapia, Danza-Movimento-Terapia e Musicoterapia*.

I membri di questi gruppi si riuniscono costantemente, sia in maniera formale, nelle sedute terapeutiche, sia in maniera informale nei contatti quotidiani di vita, sia ancora in maniera semi-informale in tutti quelli incontri che regolano e garantiscono la vita in CT. Le sedute psicoterapeutiche agiscono quindi anche come catalizzatori dei cambiamenti in atto in comunità.

### Gruppi di Psicodramma Analitico

Una particolare tipologia di Terapia Artistico-Espressiva, che esalta l'aspetto simbolico-relazionale della cura psichica, è lo Psicodramma, tecnica terapeutica che nella sua versione analitica si è sviluppata particolarmente in assetto gruppale e che si è dimostrata elettiva nella cura della grave patologia mentale in comunità terapeutiche per l'età evolutiva.

Nei gruppi di psicodramma, costituiti di solito da circa pochi partecipanti, i pazienti vengono invitati dal conduttore a narrare sogni e/o episodi significativi vissuti durante la settimana in Comunità oppure esperienze, trascorse e/o desiderate, rispetto il loro ambiente familiare o scolastico. La scelta di quale racconto drammatizzare avviene mediante la votazione dei partecipanti ciascuno dei quali è affiancato da un Io-ausiliario, per tutto il percorso, che funge da "guida" e da "funzione riflessiva" al fine di sostenere e aiutare la discriminazione e la comprensione dei vissuti emotivi del singolo. Gli adulti che assumono tale ruolo sono figure scelte ad inizio processo dai pazienti tra gli adulti partecipanti, ad esclusione del conduttore psicoterapeuta, e possono essere di solito operatori, terapisti della riabilitazione e tirocinanti, determinando così, tra l'altro, un gruppo non esclusivamente al maschile e quindi la possibilità di una scelta tra un Io-Ausiliario maschile o di uno femminile.

### ***I Dispositivi psicoterapeutici individualizzati***

L'attività psicoterapeutica in CT si svolge, in tutte le tipologie di *setting* previste per la presa in carico della grave patologia mentale in età evolutiva. Principalmente ci riferiamo alla *Psicoterapia Individuale*, alla *Psicoterapia di Coppia Madre-Bambino*, alla *Psicoterapia di Gruppo per bambini*, alla *Psicoterapia Familiare*. Per ciascuna tipologia di *setting* in CT si seguono i parametri e le linee guida delle prassi sviluppate dalle tradizioni di ricerca psicoanalitica-psicodinamica e sistemico-familiare, anche attraverso la collaborazione con le scuole di specializzazione in psicoterapia e con i loro allievi tirocinanti integrati nel nostro staff di lavoro.

### ***Le attività socio-riabilitative***

Le attività socio-riabilitative consistono in esperienze di convivenza extra-muraria organizzate durante le vacanze estive o la pausa natalizia, di durata più o meno lunga, cui partecipano tutti gli operatori ed i pazienti; come i campeggi estivi, le giornate al mare o sulla neve, le settimane bianche in rifugio montano.

## **Il Trattamento terapeutico attraverso la dimensione comunitaria residenziale**

### ***Obiettivi specifici***

Gli obiettivi generali del trattamento attraverso il dispositivo terapeutico della CT, possono essere meglio definiti, raggruppandoli in tre grandi tipologie a secondo dello specifico sistema relazionale o campo mentale su cui ci si può più o meno focalizzare.

#### *Obiettivo 1 – Cambiamenti nella condizione dei minori*

Imparare ad usare le risorse del contesto grupppale-comunitario, per:

- accettare e risolvere gradualmente la sintomatologia patologica
- attivare un processo di ripresa dalla sofferenza e dal disagio della patologia mentale
- rafforzare le competenze relazionali e di *problem-solving*
- superare i traumi infantili e ridurre la vulnerabilità narcisistica
- creare una connessione tra reti formali e informali di sostegno al minore
- sostenere un processo (re)inclusione dei minori nel nucleo familiare/contesto comunitario d'origine.

#### *Obiettivo 2 – Cambiamenti nel funzionamento familiare*

Sostenere lo sviluppo di:

- una maggior efficacia familiare nell'assunzione dei ruoli genitoriali e nel sostegno affettivo verso i figli, ed una minore aggressività intrafamiliare,
- e una maggior chiarezza e migliore qualità dei confini del sottosistema coniugale anche rispetto alla funzione dinamica svolta dal *sibling system*
- far uscire il nucleo dall'isolamento della multiproblematicità
- rafforzare l'appartenenza della famiglia alla rete della comunità

#### *Obiettivo 3 – Cambiamenti nell'efficacia terapeutica degli operatori*

Permettere agli operatori di assumere un ruolo parentale positivo:

- assumendo modalità «esemplificative» di comportamento e di atteggiamenti che possono essere presi come oggetto di riflessione da parte dei genitori
- costituendo di per sé dei modelli agiti, e non esplicitati con interventi pedagogici (genitore competente contro genitore incompetente), e quindi pragmaticamente più efficaci

Premettere gli operati di prendersi cura delle proprie parti sofferenti quando entrano in risonanza con le parti sofferenti dei pazienti:

- superando il senso di impotenza e di sconforto per la difficile e lenta risoluzione della situazione sintomatologia evidente dei paziente
- riducendo l'effetto dello stress lavoro-correlato sui ben noti rischi di disillusione e cinismo sempre possibili a causa del ben noto fenomeno del burnout nelle professioni d'aiuto

### ***Caratteristiche specifiche***

Rispetto a tutti gli altri dispositivi terapeutici non residenziali, come ad esempio quelli ambulatoriali e domiciliari, ma anche rispetto ai dispositivi terapeutici ospedalieri, il dispositivo terapeutico residenziale di tipo comunitario ha delle caratteristiche specifiche da tenere in conto sia le i grossi vincoli che determinano, ma anche per le grandi possibilità che aprono.

Il gruppo operatori-pazienti della Comunità è infatti composto da sconosciuti che non scelgono di stare insieme, non possono decidere direttamente i tempi della loro convivenza, definiti generalmente da una dimensione istituzionale che li sovrasta (ad es. Equipe responsabile della comunità, Tribunale dei Minori, Istituzioni Familiari e Scolastiche, Servizi sociali affidatari, ecc.).

Tuttavia queste relazioni finiscono col divenire familiari e quotidiane, cariche di vissuti, emozioni, esperienze, di storia scritta insieme, aspetti che vanno ad affiancarsi, in un modo a volte scisso, con l'esperienza di vita (sia dei ragazzi che degli operatori) nelle proprie famiglie naturali. Il lavoro che si fa nel gruppo multifamiliare,, ad esempio in questi casi permette ai ragazzi di ricomporre i conflitti di lealtà per la doppia appartenenza (famiglia-naturale/famiglia-comunità). Nella dimensione comunitaria residenziale viene sperimentata in un contesto neutrale e il più possibile decolpevolizzante il modello della differenza (a partire dalla differenza educativa, per arrivare a quella affettiva), aprendo a possibilità alternative di agire, sentire e pensare/pensarsi.

I livelli di intervento su cui il dispositivo dell'appartamento terapeutico comunitario lavora sono quindi molteplici: dall'intra-psichico all'inter-personale, dall'intra-familiare all'inter-familiare, passando per l'istituzionale, l'organizzativo, il comunitario e il sociale. Solo negli spazi di convivenza quotidiana, inevitabili contenitori relazionali ed emozionali della mente dell'individuo, può essere offerta la possibilità di un pensiero, di una conoscenza "altra" e, in diversi casi, di più "conoscenze" o lenti di lettura diverse, sulla sofferenza del minore, sulla sua storia e sui possibili percorsi evolutivi.

### Riferimenti bibliografici

- CISMAI (2001), *Requisiti di "qualità" dei centri residenziali che accolgono minori vittime di maltrattamenti e abuso*. Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, Cosenza.
- CoC (2007), *The Service Standards for Communities for People with Learning Disabilities. 1st Edition*. Royal College of Psychiatrists – Community of Communities, London.
- CoC (2009), *The Service Standards for Therapeutic Communities for Children and Young People. 2nd Edition*. Royal College of Psychiatrists – Community of Communities, London.
- Fonagy, P. (1997). Attachment and Theory of Mind: Overlapping Constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers, 14*, 31-40.
- Fonagy, P., Target M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*, 679-700
- Foulkes S.H. (1948), *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy*. Heinemann medical Books Ltd. London.  
Trad. it. (1991). *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*. Ed. Universitarie Romane, Roma.
- Foulkes S.H., Anthony E.J., (1957) *Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach*. Books, London.
- PDM task force (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Trad. it. (2008), PDM. *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rose M. (1999), *Children and Adolescents: The renaissance of heart and mind*. In Campling P., Haigh R. (edited by), *Therapeutic Communities. Past Present and Future*. Jessica-Kingsley, London-Philadelphia.
- Ward A., MacMahon L., (1998), *Intuition is not enough: Matching Learning with Practice in Therapeutic Childcare*. Routledge, London.
- Ward A., Kasinski K., Pooley J., Worthington A. (2003), *Therapeutic Communities for Children and Young People*. Jessica Kingsley Publishers, London and New York.
- World Health Organization (1996), *Multiaxial classification of child and adolescent disorders*. Trad. it. (1997), *Classificazione Multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente*. OMS-Masson, Milano.
- Wright-Watson J. (1990), The function of play in a therapeutic community for children and adolescents. *International Journal of Therapeutic Communities*. Vol. 11, N. 2, pp. 77-86.
- Wright-Watson J. (1993), *Group work with children and adolescents in a therapeutic community*. In Dwivedi K.N. (edited by), *Group work with children and adolescents. A handbook*. Jessica-Kingsley, London-Philadelphia.