

# La ricerca sui gruppi comunitari in salute mentale

La valutazione clinica  
delle reti sociali e la psicoterapia  
di comunità orientata alla recovery  
per la grave patologia mentale

A cura di

*Simone Bruschetta, Raffaele Barone  
e Amelia Frasca*

PSICOLOGIA

*Studi  
e ricerche*

**FrancoAngeli**



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





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

# **La ricerca sui gruppi comunitari in salute mentale**

La valutazione clinica  
delle reti sociali e la psicoterapia  
di comunità orientata alla recovery  
per la grave patologia mentale

A cura di  
*Simone Bruschetta, Raffaele Barone  
e Amelia Frasca*

**FrancoAngeli**

*Studi e ricerche*

Grafica della copertina: *Elena Pellegrini*

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](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Introduzione</b>	pag.	9
<b>1. Psicoterapia di comunità e ricerca empirica</b> , di Simone Bruschetta, Raffaele Barone	»	11
1. La rivoluzione gruppale nella costruzione dei dispositivi di cura per la grave patologia mentale	»	12
1.1 Il lavoro gruppoanalitico nel sociale	»	14
1.2 La svolta epistemologica del lavoro clinico-sociale	»	15
2. Nuovi parametri di funzionamento dei dispositivi di cura a residenzialità leggera	»	17
2.1 Il pensiero sui parametri dei setting basati sull'abitare	»	18
2.2 Il pensiero sulla processualità terapeutica	»	19
3. Il sostegno all'abitare	»	20
3.1 Il pensiero culturale sulla ricerca empirica	»	21
4. La supervisione come pratica gruppoanalitica di comunità	»	22
5. Il movimento del <i>Recovery</i>	»	23
<b>2. Strumenti clinici, metodologici ed epistemologici per la valutazione del lavoro gruppale-comunitario con la grave patologia mentale</b> , di Simone Bruschetta, Maria Teresa Gargano	»	27
1. Uno sguardo alla letteratura sulla ricerca empirica nell'ambito della cura attraverso il dispositivo gruppale	»	28
1.1 Il gruppo socioterapico	»	28
1.2 Il gruppo di psicoterapia supportiva	»	29
1.3 Le terapie di gruppo validate come interventi socio-cognitivi	»	31
1.4 La psicoterapia psicodinamico-analitica di gruppo	»	35
1.5 La valutazione empirica della psicoterapia di gruppo	»	37

2. Uno sguardo alla letteratura sulla ricerca empirica nell'ambito della cura attraverso i dispositivi comunitari	»	44
2.1 Il case management	»	45
2.2 L'assertive outreach	»	45
2.3 Il supported housing	»	46
3. Le reti sociali: strumenti per la valutazione empirica e la ricerca clinica sui processi di sviluppo comunitario	»	48
3.1 La rete come strumento di valutazione clinica e ricerca empirica	»	49
3.2 Le reti sociali	»	50
3.3 La Carta di Rete	»	51
3.4 Il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Territoriale	»	52
3.5 Il senso di comunità	»	53
3.6 Il territorio vissuto come bene comune	»	54
3.7 Il capitale sociale e i beni relazionali	»	57
<b>3. La valutazione dei gruppi clinici familiari nella cura della grave patologia mentale</b> , di Simone Bruschetta, Fiorella Pezzoli	»	59
1. La valutazione dei dispositivi gruppali familiari, dei loro processi e dei loro esiti	»	62
1.1 L'analisi del SET(TING) – Griglia di analisi del set(ting) (GAS)	»	63
1.2 L'analisi dei processi	»	64
1.3 L'analisi degli esiti	»	68
2. Classificazione e tipologia di gruppi familiari nella cura della grave patologia mentale	»	70
2.1 Gruppi familiari classificati rispetto alla composizione dei partecipanti	»	72
2.2 Gruppi familiari classificati rispetto alla finalità clinica	»	79
2.3 Gruppi familiari correlati ad un servizio di cura che ha in carico il paziente	»	83
<b>4. La valutazione empirica sui gruppi multifamiliari: una rassegna internazionale e la presentazione di un protocollo di ricerca italiano</b> , di Maria Teresa Gargano, Grazia Serantoni, Federico Russo, Andrea Narracci, Simone Bruschetta, Raffaele Barone	»	86
1. Uno sguardo alla letteratura sulla ricerca empirica sui Gruppi Multifamiliari	»	88



2. Variabili di esito e di processo nella valutazione dei setting multifamiliari a orientamento psicodinamico, rivolti ai pazienti psichiatrici e ai loro familiari: presentazione di uno studio pilota	»	91
2.1 Obiettivi e metodologia	»	92
2.2 Ipotesi	»	94
2.3 Campionamento	»	95
2.4 Livelli di indagine, variabili e strumenti	»	96
<b>5. La valutazione empirica delle reti socio-lavorative in una Comunità Alloggio attraverso la “Carta di Rete”,</b> di Simone Bruschetta, Maria Chiara Bivona	»	104
1. Le organizzazioni di lavoro nel settore dei servizi clinico-sociali alla persona	»	105
2. La teoria delle reti socio-lavorative nei contesti professionali	»	107
3. Il setting della Comunità Alloggio e la valutazione delle reti socio-lavorative degli operatori mediante la Carta di Rete Lavorativa	»	111
3.1 La Carta di Rete Lavorativa	»	112
3.2 La valutazione dell’efficacia della supervisione allo staff degli operatori in comunità alloggio mediante la Carta di Rete Lavorativa	»	113
3.3 Alcuni dati quantitativi delle prime tre somministrazioni	»	114
<b>6. La supervisione analitico-comunitaria nei Dipartimenti di Salute Mentale,</b> di Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Giovanna Di Falco, Amelia Frasca	»	124
1. Il gruppo analitico-comunitario di supervisione clinico-istituzionale	»	125
1.1 Aspetti teorico-metodologici della supervisione	»	127
1.2 Aspetti clinico-istituzionali della supervisione	»	130
2. Un’esperienza di supervisione analitico-comunitaria presso un DSM siciliano	»	133
2.1 La valutazione dell’esperienza	»	134
<b>7. La ricerca clinica comunitaria sulla grave patologia mentale. Tra medicina evidence-based e ricerca user-led orientata al recovery,</b> di Simone Bruschetta	»	146
1. La ricerca <i>evidence-based</i> tra modernità e post-modernità	»	147

2. La ricerca scientifica <i>user-led</i>	»	149
3. I dispositivi gruppali <i>community-based</i>	»	151
3.1 I team multidisciplinari territoriali di salute mentale comunitaria – CMHTs-ACT	»	153
3.2 I team per la risoluzione e il trattamento domiciliare delle crisi – CRHTTs	»	155
4. La trasformazione dei servizi <i>recovery-oriented</i>	»	158
<b>Bibliografia</b>	»	161
<b>Autori e collaboratori</b>	»	181
<b>Appendice.</b> <b>Questionari sull’Orientamento al Recovery “RSA”.</b> <b>Versioni per utenti, familiari, operatori,</b> <b>dirigenti e commissioni di valutazione e accreditamento,</b> <b>per i Servizi Territoriali di Salute Mentale</b> <b>e per le Comunità Terapeutiche Democratiche,</b> di Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Nadia Monasteri	»	183

## Introduzione

La ricerca clinica, soprattutto all'interno dei Servizi Pubblici preposti alla cura della sofferenza mentale, rappresenta una sfida importante per il futuro non solo della cura dei pazienti, ma anche del ruolo della psicoterapia e dei suoi strumenti in un ambito tanto delicato quanto fondamentale per la crescita del benessere psichico dei pazienti, degli operatori del settore e dell'intero contesto sociale.

Tuttavia le difficoltà inerenti la scarsa strutturazione dei setting di cura, il turn-over di pazienti ed operatori, i cambiamenti istituzionali ed organizzativi, oltre alla carenza di risorse specifiche dedicate all'*improvement* della *best practice* nel campo della Salute Mentale di Comunità, rendono ardua la possibilità di portare avanti studi longitudinali che consentirebbero di monitorare le ricadute di specifiche prassi terapeutiche o l'utilizzo di specifici strumenti clinici sull'efficacia del lavoro psicoterapeutico con i pazienti e sul benessere organizzativo dei servizi curanti.

Il nostro contributo, lungi dal proporsi come esaustivo, mira in questa sede ad offrire alcuni spunti di riflessione sugli approcci terapeutici gruppalì e comunitari all'interno dei Servizi di salute mentale, provando al contempo ad introdurre elementi critici capaci di rimettere in discussione prassi cliniche talvolta cristallizzate, al fine di adattarsi alle nuove esigenze sociali, culturali, psicopatologiche ed istituzionali.

Tentare di integrare la prassi clinica con il lavoro di supervisione, con la ricerca, con le più recenti indicazioni nazionali ed internazionali sul tema della salute mentale, oltre che con le attuali esigenze (e carenze delle risorse) economiche, significa iniziare a lavorare in un'ottica di "*efficiency*", con l'obiettivo di collegare l'efficacia clinica con un più attento ed efficiente utilizzo delle risorse economiche disponibili.

La salute mentale non può e non deve rappresentare un ambito "isolato" della sanità pubblica e della società in generale, ma deve essere calata ed

adeguata ad un contesto sociale in continuo mutamento, che richiede necessariamente un'attenta e continua rimodulazione in itinere dei processi di cura se non si vuole rischiare di “creare” pazienti e Servizi cronicizzati. Per far questo ci sembra che la ricerca – quando applicata alla clinica e finalizzata al miglioramento delle prassi cliniche stesse – rappresenti una risorsa imprescindibile.

# 1. Psicoterapia di comunità e ricerca empirica

di Simone Bruschetta, Raffaele Barone

*(...) assistiamo a un duplice movimento solidale in senso inverso: la de-istituzionalizzazione dei rapporti sociali in un senso, la loro psicologizzazione nell'altro. (...) la salute mentale è diventata il linguaggio contemporaneo, la forma d'espressione obbligatoria non solo del malessere o del benessere, ma anche di conflitti, di tensioni o di dilemmi di una vita sociale organizzata in riferimento all'autonomia che prescrive agli individui modi di dire e di fare. Al cambiamento dei rapporti tra l'agente e l'azione in cui consiste l'autonomia corrisponde un cambiamento dei rapporti tra il paziente e la passione che è il nuovo agente della sofferenza psichica.*

*Ehrenberger, 2010*

Il “gruppo” si distingue dalla “massa” e dalla “collettività” perché rivela una particolare organizzazione dinamica di rapporti, sia con la collettività più grande, che lo contiene, sia con le singole individualità, che lo compongono.

Il gruppo permette di pensare una organizzazione non gerarchica della molteplicità fenomenica del sociale e si mostra così come un soggetto sociale organizzato ed unitario in competizione sempre con altri gruppi, ciascuno in grado di esprimere propri ed autonomi comportamenti, valori culturali e visioni del mondo.

Ne deriva che l'individuo si trova, per definizione, non soltanto ad appartenere a molteplici gruppi contemporaneamente, ma, attraverso queste sue molteplici appartenenze, ad esserne determinato nella formazione del proprio mondo interno, configurandosi come una gruppaltà di valori e temi culturali da organizzare faticosamente in una unità (coesa e coerente), che non può che riorganizzarsi continuamente lungo tutto l'arco della vita.

## 1. La rivoluzione grupppale nella costruzione dei dispositivi di cura per la grave patologia mentale

La riorganizzazione costante delle appartenenze grupppali di ogni individuo sembra oggi una delle variabili empiriche più importanti nella definizione di ciò che chiamiamo Salute Mentale, ma è anche una dinamica psichica fondante quelle particolari dimensioni esistenziali oggi racchiudibili dentro il concetto di disagio psico-socio-economico.

Per questo motivo la cura della salute mentale passa sempre più dallo sviluppo di capacità relazionali e risorse interiori dell'individuo, promuovendo il miglioramento del suo funzionamento mentale in rapporto sia ai contesti sociali di appartenenza e partecipazione, sia alle relazioni, interpersonali e interiorizzate, che lo attraversano formando le sue gruppalità interne (Napolitani, 1987; Lo Verso, 1994).

Riteniamo pertanto che i *dispositivi terapeutici comunitari* siano anche *dispositivi di sostegno psico-socio-economico* elaborati dalla pratica clinica analitico-grupppale per intervenire direttamente sul livello territoriale nel quale si articolano alcune fondamentali appartenenza grupppali degli individui.

Tali dispositivi consentono infatti alle comunità di individui che condividono uno specifico territorio politicamente definito di partecipare a quei processi sociali di formazione civica, di maturazione affettiva e di sviluppo professionale in grado di sostenere la riorganizzazione continua delle loro gruppalità interne, anche in situazioni di disagio psico-socio-economico o di patologia mentale.

Siffatti processi sociali sono esplicitamente sostenuti ed attivati da specifiche prassi comunitarie di lavoro clinico-sociale che i programmi di sviluppo locale usano definire come *pratiche di Inclusione Socio-Lavorativa* (Barone, Bruschetta, D'Alema, 2013) e che invece i programmi di prevenzione e di cura della patologia mentale usano definire come *interventi di Sostegno Comunitario al Familiare* (Barone, Bruschetta, Frasca, 2013). Tali prassi, benché sviluppati in diversi e molteplici ambiti professionali (dalle scienze politiche alla psichiatria, dalla psicologia alla sociologia, dall'antropologia all'economia, ecc.) sono tutte fondate sull'utilizzo e sulla scoperta del gruppo psicomotivo in senso psicosociale (Lo Verso, 1994; Di Maria, Lo Verso, 1995; Barone, 2002; Barone, Bruschetta, 2008; Bruschetta, Barone, 2011).

La ricerca psicomotiva sulla salute mentale ha infatti recentemente sviluppato un'ampia e validata metodologia di analisi delle capacità relazionali e delle risorse interiori degli individui per misurare indici di sano funzionamento mentale (in particolare orientati sui processi di organizza-

zione della personalità<sup>1</sup>) che vano al di là della presenza di una specifica sintomatologia psichiatrica, ma si fondano su una dimensione interpersonale e intersoggettiva (Blatt, Auerbach, 2001; Gabbard, Gunderson, Fonagy, 2002; Shedler, Westen, 2007; Singer, 1990; Fonagy, Target, 1997).

In particolare, questa metodologia origina dalla ricerca empirica su sano funzionamento mentale che la pratica della *psicoterapia psicodinamica psicoanalitica*<sup>2</sup> basa su una definizione operazionalizzata di salute mentale non più *symptom-behavior oriented*, ma orientata appunto all'organizzazione della personalità ed alla rappresentazione delle relazioni interpersonali e interiorizzate (Westen, Shedler, 1999a; 1999b; Blatt e altr. 2006; Westen, Gabbard, Blagov, 2006; Shedler, 2010).

I dati empirici in oggetto sostengono che molti tipi di trattamento, compresi quelli farmacologici, possono essere efficaci nell'alleviare i sintomi psichiatrici acuti (almeno nel breve periodo), ma anche che non tutte le terapie mirano o riescono a trasformarne i sottostanti processi psicologici, approdando a capacità relazionali e risorse interiori che a lungo termine consentono agli individui di accedere a vite più ricche, più libere e più soddisfacenti<sup>3</sup> (Shedler, 2010).

<sup>1</sup> Vedi ad esempio la Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP; Westen, Shedler, 1999a; 1999b; Westen, Shedler, Lingardi, 2003; Shedler, Westen, 2007). È questo un metodo che valuta anche le capacità e le risorse interiori che la psicoterapia può far emergere. Più nel dettaglio, la SWAP è uno strumento compilato dal ricercatore (cioè non self-report) che valuta una vasta gamma di processi di personalità, sia sani che patologici. Essa inoltre include un "Indice di Alto Funzionamento", derivato empiricamente, che definisce e operazionalizza la salute mentale come consensualmente intesa da clinici con differenti orientamenti teorici.

<sup>2</sup> La psicoterapia *psicodinamica* o *psicoanalitica* intesa come dispositivo classico *duale* (PDT) o come dispositivo *gruppale* (GPDT) si riferisce a una gamma di terapie basate su concetti e metodi psicoanalitici che utilizzano sedute meno frequenti della psicoanalisi cosiddetta "classica" e che possono essere anche complessivamente più brevi. La frequenza delle sedute è tipicamente una o due volte la settimana, la durata può essere stabilita all'inizio (*time-limited*) oppure indeterminata (*open-ended*). L'essenza della terapia psicodinamica consiste nell'esplorare gli aspetti del Sé non pienamente conosciuti, specialmente se si manifestano nella relazione terapeutica e potenzialmente ne vengono influenzati. Le evidenze empiriche disponibili dimostrano sia che la terapia psicodinamica (PDT) o psicoanalitica è efficace; sia che i pazienti trattati in tal modo mantengono i risultati conseguiti e migliorano anche dopo la fine della terapia. È stato altresì dimostrato che le terapie non psicodinamiche possono essere efficaci in parte perché i clinici più esperti utilizzano tecniche che da sempre sono al centro della teoria e della pratica psicodinamiche (Gabbard, 2004; Rutan, Stone, 1999; Shedler, 2010).

<sup>3</sup> La psicoterapia psicodinamica risulta efficace non solo rispetto alla riduzione dei sintomi come o forse più delle altre psicoterapie, ma anche circa la capacità di mantenere nel tempo gli effetti benefici del trattamento, evitando la ricomparsa dei sintomi a trattamento terminato. Una terapia efficace e ben riuscita non dovrebbe solo eliminare i sintomi (cioè sbarazzarsi di qualcosa), ma anche favorire la crescita di capacità e risorse psicologiche. A

## 1.1 Il lavoro gruppoanalitico nel sociale

Il metodo clinico-sociale che qui proponiamo si fonda sulle teorizzazioni sul gruppo psicoterapeutico psicodinamico e sulla tradizione di ricerca psicoanalitica rispetto alla comprensione della grave sintomatologia psichiatrica (Bion, 1961; Foulkes, 1975; Pichon-Riviere, 1977; Bauleo, 2000). Il metodo in questione si distingue però dalla tradizione dei gruppi analitici nelle istituzioni (Kaes e al., 1988; 1996; Correale, 1992; 2006; Racamier, 1992; Sassolas, 1997) perché sviluppa un orientamento radicale verso il sociale, ricollegandosi alla tradizione di ricerca gruppoanalitica sulla comunità (Lo Verso, 1994; Brown, Zinkin, 1994; Dalal, 1998; Lo Verso, Federico, Lo Coco, 2000; Di Maria, 2000; Barone, Bellia, 2000; Fasolo, 2002; Barone, Bellia, Bruschetta, 2010), a quella di lavoro con la dimensione familiare (Pontalti, Menarini, 1985; Pontalti, 1994; 1998; 2000; 2006) e a quella con la pratica etno-clinica o transculturale (Devereux, 1970; Rouchy, 1987; Le Roy, 1994; Nathan, 1993).

Il lavoro gruppoanalitico nel sociale prevede due fasi di lavoro:

- la costruzione di un dispositivo terapeutico gruppale che funga da laboratorio multi-personale;
- il sostegno alla trasformazione dei campi mentali integrati in tale laboratorio.

La prima fase consiste essenzialmente nella costruzione artificiale di un'area particolare del sociale, un dispositivo di terapia analitica gruppale-comunitaria<sup>4</sup>, detto "*laboratorio multi-personale*", dove analizzare ed os-

seconda della persona e delle circostanze, ci si riferisce alla capacità di avere relazioni più soddisfacenti, utilizzare meglio i propri talenti, mantenere un'autostima più realistica, tollerare una gamma di emozioni più ampia, avere rapporti sessuali più soddisfacenti, comprendere meglio se stessi e gli altri, nonché far fronte alle sfide della vita con maggiore libertà e flessibilità. Tali obiettivi sono perseguiti attraverso un processo di autoriflessione, auto esplorazione e scoperta di sé che avviene nel contesto di una relazione sicura e profondamente autentica tra paziente e terapeutica. Per questo motivo i benefici della psicoterapia psicodinamica non solo durano ma migliorano nel tempo (Shedler, 2010).

<sup>4</sup> "I *dispositivi terapeutici comunitari* sono i contesti di vita/cura del paziente, in cui vi è:

- una teoria di riferimento ed un linguaggio condiviso tra clinici, operatori sociali, pazienti, familiari e committenti;
- una organizzazione del lavoro che dia spazio alla narrazione collettiva sulla storia clinico-sociale del paziente e la riflessione sulle relazioni tra tutti i soggetti coinvolti;
- una metodologia improntata alla condivisione democratica del potere decisionale sul trattamento in generale, sui progetti specifici e sulle attività quotidiane;
- un progetto inter-culturale, pluri-istituzionale e multimodale, in grado di incidere contemporaneamente sul nucleo familiare e sul contesto comunitario di riferimento del paziente.



servare, in maniera semplificata rispetto all'iper-complessità dei gruppi sociali già costituiti, la nascita e/o lo sviluppo di un campo mentale comune orientato alla terapia.

Il passo logicamente successivo, sebbene sempre in rapporto circolare con la fase di analisi, è quello dell'intervento di sostegno alle trasformazioni reciproche dei campi mentali delle istituzioni e dei gruppi sociali locali integrati in tale laboratorio (cioè dei modelli culturali di partecipazione alla vita sociale di ciascun individuo coinvolto).

Per questo motivo il gruppo psicodinamico risulta utile anche alla realizzazione di programmi di sostegno comunitario al familiare. In questo caso esso promuove e mira specificatamente sia a facilitare le trasformazioni reciproche dei singoli campi mentali familiari e dei campi mentali delle istituzioni sociali locali che attivano tali programmi per la presa in carico della grave patologia mentale, sia alla cura ed alla guarigione di ogni singolo paziente (designato e non).

## ***1.2 La svolta epistemologica del lavoro clinico-sociale***

La valutazione dei programmi di intervento clinico-comunitario e dei dispositivi gruppali di lavoro psico-sociale (finalizzati ad esempio al sostegno domiciliare o allo sviluppo locale inteso in senso più ampio, ma anche alla clinica comunitaria), manifesta oggi diversi nodi metodologici relativi ai concetti basilari per la prassi analitica e valutativa, di *realtà*, *conoscenza* e *cambiamento*.

Poiché nel gruppo (famigliare o sociale che sia) ognuno è portatore di un suo modo esistenziale di interpretare gli eventi e di ricostruire la *realtà*, la funzione del conduttore di un qualsiasi dispositivo di intervento comunitario che lavori su una gruppaltà, non è soltanto quella tradizionalmente interpretativa e ricostruttiva, ma acquisisce una caratteristica nuova che chiameremmo *connettiva* e di raccordo del molteplice.

La *conoscenza* è inoltre, secondo l'ipotesi epistemologica della complessità, *conoscenza di processi dinamici*. Ciò che cogliamo non è mai uno stato di cose, ma l'insieme dei cambiamenti in atto; così come il sapere è un sapere in evoluzione rispetto a eventi incessantemente mutevoli.

- l'intenzione clinica di costruire un campo mentale comunitario che funzioni come campo gruppale, per agire in senso terapeutico piuttosto che antiterapeutico." (Barone, Bellia, Bruschetta, 2010).

Il lavoro gruppoanalitico nei dispositivi terapeutici comunitari si fonda quindi sull'evoluzione del campo gruppale in campo contrasferale (Lo Verso, Profita, 1994; Barone, Bellia, Bruschetta, 2010).

Più precisamente, la *multi-verità della conoscenza* ha sostituito la concezione monolitica della conoscenza. La conoscenza è infatti per definizione idiosincratica, cioè prodotta da un soggetto particolare, in un momento particolare, in un contesto particolare. La sua coerenza non è *data*, ma costantemente e faticosamente *ricercata* senza garanzia di compimento; poiché è in stretta connessione con l'itinerario storico-biografico del soggetto conoscente che si trova a dover armonizzare temi e modelli culturali apparentemente inconciliabili, contraddittori, appartenenti a storie, tradizioni, culture differenti, spesso in lotta fra loro; e nel far questo crea sintesi imprevedibili che superano temporaneamente le incoerenze che lo attraversano.

Tale organizzazione non può avvenire secondo le regole della logica classica, e forse non bastano neanche quelle della logica circolare. Bateson (1997) ci propone infatti una "logica metaforica" che consente a qualsiasi organismo vivente di costruire la propria esistenza sui paradossi che l'hanno resa possibile. Il problema della vita, anche della vita della conoscenza, è infatti la sopravvivenza, ovvero, letteralmente, *il vivere sopra se stessi*.

*"Ogni sistema di idee contiene dei veri e propri arcaismi, veri e propri corpi estranei di difficile armonizzazione. Il pensiero appare sempre come una congerie di idee innovative e di idee superate, di creazione e di conservazione. Eppure è questa disarmonia delle parti a garantire la fecondità del tutto. (...) Un pensiero omogeneo non creerebbe nulla, si arresterebbe"* (Ceruti, 1986).

Sono proprio le idee più difficilmente armonizzabili che garantiscono la ridondanza necessaria ad effettuare quei mutamenti di punti di vista e quelle disorganizzazioni-riorganizzazioni imprevedibili che sono tipici dei processi creativi e quindi del cambiamento.

*La gruppaltà è l'esperienza fondamentale di essere-con*, cioè "di essere immersi sin dall'inizio in un mondo relazionale e culturale "multipsichico" (Lo Verso, Papa, 1995), costituito da molte presenze vive e parlanti attorno al soggetto o interne a lui ed al suo mondo familiare." È questa esperienza a consentire lo sviluppo del pensiero, delle emozioni e dell'identità.

Il soggetto umano attraverso l'operazione epistemica di "connessione" (di raccordo creativo del molteplice) emerge dal gruppo come un individuo e fa l'esperienza della sua soggettualità; cioè del suo essere contemporaneamente autonomo perché in relazione con un gruppo, ed appartenente ad un gruppo proprio perché autonomo.

La dinamica di gruppo propone, quindi, una critica del monismo all'interno dei modelli culturali ed il superamento della dialettica unificante co-

me unica alternativa alla conclusione di qualsiasi indagine introspettiva, consentendo di includere nell'indagine anche la relazione tra diversità. Se in precedenza il rapporto tra il modello e il suo funzionamento non doveva esprimere nessuna contraddizione e ogni indagine sullo psichico doveva condurre a un modello unitario in cui la *reductio ad unum* era fondamento epistemico, la "dualità" ha introdotto una frattura contro ogni presunta armonia riduzionista e ha provocato l'idea che la diversità, la differenza, lo scarto fossero una parte sostanziale del sistema logico-concettuale utilizzato per la valutazione di qualsiasi sistema vivente (sia esso un gruppo, una comunità, un'organizzazione, ecc.), non una sua alterazione.

## **2. Nuovi parametri di funzionamento dei dispositivi di cura a residenzialità leggera**

La residenzialità leggera corrisponde da sempre a una delle più valide alternative alla cura in contesti istituzionali. Le comunità alloggio in particolare hanno rappresentato in Italia, non solo il dispositivo che ha concretamente permesso la chiusura dei manicomi, accogliendo la gran parte dei pazienti ivi ricoverati, ma anche un substrato metodologico empirico su cui costruire e sviluppare le prassi di sostegno all'abitare, a cominciare dalle case-famiglia, dai gruppi appartamento e dagli appartamenti supportati. La comunità alloggio rappresenta infatti, oltre che una struttura psichiatrica intermedia, anche uno spazio di appartenenza intermedia tra la comunità locale ed la gruppaltà terapeutica, che permette uno stare insieme progettuale. La formazione di una matrice di convivenza (D'Elia, De Crescente, Pontati, 2004) co-costruita tra i pazienti e con gli operatori, crea appartenenza ad un gruppo che diventa *plexus* dei progetti terapeutici individuali ed il *nexus* del programma terapeutico comunitario.

Sperimentarsi nella condivisione e nel racconto di Sé, che può potenzialmente implicare anche la riproposizione di conflittualità interne e/o esterne alla comunità, sia di tipo orizzontale (paziente-paziente), che verticale (paziente-operatore), agisce come fattore terapeutico grazie alla possibilità di esplicitare emozioni e sentimenti, donando nuova nascita ad una riflessione sulla propria vita psichica, verso la quale, spesso, molti pazienti sviluppano grande diffidenza (Sassolas, 2004).

Ogni comunità, che funziona con una certa efficacia terapeutica, finisce così per rappresentare, attraverso le molteplici reti gruppali che essa attiva, "quel tipo di ambiente, campo psicologico-sociale all'interno del quale si è in grado di sviluppare un senso di appartenenza, un vissuto di condivisione, una possibilità di rapporto con le altre persone" (Francescato, 1988, p. 45).

Consideriamo infatti la prossimità sottesa a questa modalità di funzionamento, indispensabile per la creazione di quel clima di confidenza e familiarità che contraddistingue l'intervento comunitario e pone le basi affinché esso diventi terapeutico (Sassolas, 2004).

Una comunità che funzioni terapeuticamente, secondo questo vertice teorico-operativo (ed in continuità con la tradizione psicodinamica della Comunità Terapeutiche avviata da Foulkes, 1945, Bion, 1946, Main, 1964 e Jones, 1947), non assume quindi semplicemente la caratteristica di un luogo abitato dai pazienti, ma di un luogo da loro attivamente vissuto, che si propone obiettivi terapeutici. L'intento è offrire una possibilità di cambiamento di quei modelli relazionali intrapsichici e interpersonali disfunzionali attraverso un'esperienza relazionale caratterizzata da una discontinuità trasformativa, finalizzata ad aiutare il soggetto a comprendere e rovesciare il circolo vizioso della sofferenza mentale (Alexander, French, 1946).

## ***2.1 Il pensiero sui parametri dei setting basati sull'abitare***

La Comunità Alloggio è stata pensata come un grande Set(ting), ossia come "un campo esperienziale, nel quale la relazione che si va strutturando ed intrecciando, all'interno di particolari coordinate formali, istituisce un campo mentale specifico, una matrice in continua evoluzione" (Giannone F., Lo Verso G., 1997, 1998). In questo campo si svolgono le procedure terapeutiche, si intrecciano le relazioni tra i soggetti e le soggettività che lo compongono ed emerge la co-costruzione delle conoscenze necessarie alla presa in carico dell'utenza.

Il Set(ting), rappresenta, dal punto di vista gruppoanalitico, la macro-unità di analisi di una situazione terapeutica gruppale (Giannone, Lo Verso, 1997; 1998; 2011). Esso è il campo esperienziale totale al cui interno si svolgono le relazioni terapeutiche, o comunque cliniche, e che viene così a definirsi come il locus di svolgimento e di riferimento dei processi terapeutici. Il set(ting) è la risultante di tutte le seguenti variabili interconnesse tra loro, e solo artificialmente scomponibili:

- il contesto organizzativo-procedurale della situazione gruppale - il Set;
- il contesto mentale-semantico degli operatori implicati con funzioni terapeutiche, - il Setting;
- l'utenza del gruppo: pazienti, familiari, altri operatori coinvolti nel processo di cura, eventuali carers, ecc.;
- la committenza e gli eventuali referenti esterni o portatori di interessi
- l'influenza, i condizionamenti e gli intenzionamenti sociali sul gruppo.

Il Set(ing) della Comunità Terapeutica si costituisce quindi come campo esperienziale in relazione ad un insieme di variabili relative alle specifiche modalità di sviluppo sia dell'esperienza terapeutica al suo interno, sia del campo mentale terapeutico nel quale questa esperienza prende forma.

## ***2.2 Il pensiero sulla processualità terapeutica***

Il Campo Mentale attivato dal Set(ing) comunitario permette a ciascun paziente, così come a ciascun operatore, di dare nuovo senso:

- alle attività terapeutiche ed anche agli eventi relazionali della vita quotidiana (scelte, azioni, richieste, progetti, ecc.);
- alle procedure gestionali-amministrative della comunità terapeutica ed a quelle clinico-sociali di intermediazione con la comunità locale;
- alle manifestazioni sintomatologiche e psicopatologiche, e con esse alle dinamiche psichiche transpersonali che le sottendono.

È infine importante lavorare sempre ad un coinvolgimento attivo delle appartenenze familiari dei pazienti nei processi terapeutici. Un dispositivo elettivo, in questo caso risulta essere il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (Garçia Badaracco, 1989, 2000). In esso, gli operatori della comunità possono anche imparare a non avere paura della simbiosi patologica (Sassolas, 1997) e a non farsi intrappolare dalla seduzione narcisistica (Racamier, 1992). Possono cioè imparare ad accettare la simbiosi come già fanno nel mondo esterno, anche nel loro mondo interno, ma iniziare a trattarla in maniera evolutiva. Possono prendere consapevolezza di come, per una serie di drammatiche vicissitudini, le persone, legate alle e dalle interdipendenze patologiche, scelgono spesso di rimanere vincolate tra loro, per far sopravvivere le proprie menti e contemporaneamente di come, per uscire da questa situazione, l'unica possibilità sia quella di mettersi a riflettere e dialogare insieme agli altri, ripartendo dagli eventi dolorosi sui quali si è edificata la propria unione.

Il gruppo multifamiliare trasforma così il classico intervento da comunità residenziale "su" una specifica tipologia di utenza, in un contestuale intervento comunitario "con" il paziente, la famiglia, i gruppi, la comunità, la rete sociale, ecc. I livelli di intervento su cui esso lavora sono infatti molteplici: dall'intra-psichico all'inter-personale, dall'intra-familiare all'inter-familiare, passando per l'istituzionale, l'organizzativo, il comunitario e il sociale.

Un efficace lavoro con il "familiare", si fonda sulla capacità/possibilità di collocare ogni nucleo familiare presente con un suo membro in comunità terapeutica, all'interno di un doppio contesto, mentale e sociale, di apparte-