

**ASSOCIAZIONE MITO E REALTA'**  
**Giornata di studio**

**IL CLIMA COME FATTORE TERAPEUTICO NELLE COMUNITA' RESIDENZIALI**  
**28 settembre 2012**

*Matteo Biaggini, Marino De Crescente, Luca Gaburri, Norma Ghisotti<sup>1</sup>*  
*Luca Mingarelli, C. Pasquale Pismataro*

**ELEMENTI COSTITUTIVI DEL CLIMA COME FATTORE TERAPEUTICO:**  
**PER LA COSTRUZIONE DI UN MODELLO ITALIANO**

**Introduzione**

*Marta Vigorelli*

Il presente lavoro, che vede uniti diversi autori tutti provenienti dal mondo delle Comunità Terapeutiche sia per adulti che per minori, sia pubbliche che private, si fonda sull'ipotesi che oggi si possa iniziare a parlare di un "modello italiano" di Comunità Terapeutica. Il clima terapeutico, e le variabili aspecifiche e specifiche che lo determinano, appare il fattore trasversale che permette di analizzare le peculiarità italiane di questo tipo di trattamento per la patologia psichiatrica grave.

La relazione che segue cercherà di considerare il "clima" come *fattore a-specifico* comune ai vari modelli teorico-organizzativi di comunità, a partire dai vari livelli che lo costituiscono (storico, politico- sociale, istituzionale, clinico, di contesti di utenza specifici, di manutenzione ecc.) e in cui si dispiega, lasciando alla discussione assembleare possibili testimonianze tratte dall'esperienza.

Il clima che si respira in comunità è il risultato e al contempo l'attivatore del complesso campo della cura: infatti, oltre a procedure e format precisi (gruppi psicoterapici, assemblea di CT, progetti individualizzati, attività riabilitative ed espressive ecc.) che la caratterizzano in senso specifico, sono presenti alcuni indicatori soft, "difficilmente quantificabili e verificabili, ma che connotano in maniera decisiva la pratica di un servizio. Pensiamo alle caratteristiche familiari degli ambienti, il clima di domesticità, la non medicalizzazione degli arredi, ma soprattutto alla qualità delle relazioni tra residenti e operatori, non solo nelle situazioni formali della comunità, ma ancor più nelle sue situazioni informali e non strutturate" (Bencivenga e De Crescente 2011). Inoltre, soprattutto nelle comunità italiane a orientamento psicodinamico, si è sviluppata una particolare attenzione agli effetti di efficacia di una dimensione primitiva del clima legata alla *quotidianità comunitaria come ambiente globale di cura* che, per la sua valenza sensoriale e non verbale, può costituire lo "sfondo" su cui ancorare e alimentare la *coesione e l'irrobustimento del Sé* dei pazienti gravi ospitati (con un mondo interno scisso e dissociato). Questa interiorizzazione di base, insieme alle diverse pratiche riabilitative realizzate in CT può facilitare quella stabilità durevole nel tempo che apre a un'identità (*Self empowerment*) sia pur fragile, di cittadini del mondo capaci di percorsi di distacco e graduale reinserimento nella realtà sociale esterna.

---

<sup>1</sup> Psicologa psicoterapeuta, CTU Tribunale Ordinario di Milano, supervisore e formatrice nell'ambito della tutela e della cura psicosociale dei minori, docente S.I.P.P.

## Contesto storico italiano come elemento del clima terapeutico

Ricerca nelle origini (o nel loro mito) gli elementi costitutivi della cultura delle comunità terapeutiche italiane e della loro efficacia non costituisce solo un esercizio storico, ma consente di delineare le linee di discendenza che hanno consentito nel corso dei decenni l'avanzamento di elaborazioni sulle quali si fonda oggi l'operato delle comunità terapeutiche, e conseguentemente la loro efficacia nei termini di risultati clinici verificabili.

Franco Basaglia ci offre una prima elaborazione, poco sistematica, sul ruolo delle comunità terapeutiche, rintracciabile in una relazione ad un convegno del 1965, nella quale indicava le possibili prospettive di trasformazione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia. L'idea era quella di trasformare i reparti in altrettante comunità terapeutiche basate sui principi democratici.<sup>2</sup> La loro organizzazione, invece che basarsi su una regola imposta dall'alto, sarebbe diventata essa stessa un atto terapeutico, essendo proprio la vita comunitaria a creare un ordine nato dalle proprie esigenze e necessità.

In tutta la relazione traspare un moderato ottimismo sulle possibilità dell'applicazione di questa modalità di cura, ottimismo che avrà in verità vita breve poiché già nella successiva relazione al convegno "La società e le malattie mentali" tenutosi a Roma nel 1968, Basaglia critica piuttosto apertamente i supposti limiti della cultura delle comunità terapeutiche, prendendo ad esempio le comunità inglesi. In particolare non sembra giudicare positivamente l'ambizione dei sostenitori della Comunità Terapeutica, tra i quali Maxwell Jones, di sistematizzare sul piano ideologico e tecnico la propria prassi, intravedendo in ciò il pericolo di proporre un modello risolutivo del problema psichiatrico e sociale insieme, e di assegnare all'ipotesi comunitaria un valore assoluto, applicabile a situazioni e a realtà diverse.

La velata critica alla cultura delle comunità terapeutiche vista unicamente nella sua organizzazione ideologica diventa aperta critica nelle riflessioni di Lucio Schittar<sup>3</sup> - collaboratore di Basaglia - secondo il quale esse "non sembrerebbero altro che un tardivo adeguamento delle modalità di controllo sociale del comportamento patologico, alle metodiche della produzione"

La comunità terapeutica quindi, nell'ottica basagliana, sembra essere strumento imprescindibile per il superamento dell'ospedale psichiatrico ma del quale non è utile esplorare più di tanto le possibili evoluzioni organizzative, scientifiche, modellistiche, o sondare la possibile applicazione delle emergenti teorie sui gruppi, così come della socioanalisi o della psicoanalisi; evoluzioni teoriche queste, che determineranno invece nei decenni successivi, e determinano ancora oggi, lo sviluppo, la continuità della ricerca, e conseguentemente l'efficacia di questo metodo di cura.

Della prima elaborazione basagliana rimane in ogni caso un importante lascito legato al principio della "democraticità", definito come fattore ambientale determinante per la cura nella comunità terapeutica, e in quanto tale avente un ruolo non secondario nella definizione del clima di ogni singola comunità. A questo proposito non va dimenticato che in Inghilterra, nello stesso periodo storico, la democraticità veniva riconosciuta come uno dei fondamentali principi teorici delle nascenti comunità.

Vi furono comunque comunità terapeutiche che, parallelamente a quelle basagliane, furono allestite in ambito psico-socio-analitico, come le comunità Villa Serena e Omega. Luigi Pagliarani, che fu padre fondatore della psicosocioanalisi italiana, mise sapientemente in luce le potenzialità intrinseche all'umanismo e la democraticità delle comunità terapeutiche. Nella sua visione, anche la comunità terapeutica costituisce un esperimento di democrazia diretta, ovvero un autentico

---

<sup>2</sup> "Realizzazioni e prospettive in termini di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici" a Varese nel 1965, intitolata : "la comunità terapeutica come base di un servizio psichiatrico"

<sup>3</sup> "L'ideologia della comunità terapeutica" contenuto nel testo L'istituzione Negata (Franco Basaglia 1968)

problema psico-sociologico nonché un esercizio effettivo di invenzione e sperimentazione ad opera dei cosiddetti matti, da riportare creativamente nella società più vasta a beneficio di tutti, anche dei cosiddetti sani, per instaurare insieme rapporti più umani (1972)

È singolare osservare che anche in queste esperienze comunitarie, in cui a differenza di quelle basagliane si era in presenza di un importante armamentario teorico, psicoanalitico e socioanalitico, la democrazia risulti come il principale fattore per il buon funzionamento della comunità terapeutica, divenendo l'elemento centrale nello stabilirsi del "clima" favorevole alla cura. In una visione di questo tipo, i pazienti vengono considerati a tutti gli effetti attori responsabili della loro cura ad ogni livello, e tutta la vita comunitaria diventa occasione terapeutica, nei termini di *social learning*, solo nella misura in cui essi vengono aiutati a confrontarsi tra di loro con il personale di assistenza e con i limiti della realtà istituzionale e , in genere, sociale.

Purtroppo le esperienze comunitarie della psico-socio-analisi ebbero vita breve, patendo l'assenza di un quadro normativo che le giustificasse istituzionalmente ed economicamente. Con l'approvazione della Legge 180 nel 1978, detta legge "Basaglia", le comunità terapeutiche vedono legittimata la loro esistenza, anche se bisognerà aspettare parecchi anni (legge obbiettivo del 1994) perché si assista ad una definitivo e generalizzato superamento della prassi manicomiale.

Come è ben noto, purtroppo, la legge 180 non prevedeva anche l'abolizione della malattia mentale. Ben presto ci si accorse della necessità di pensare e realizzare strutture idonee ad accogliere i problemi di un'utenza che certamente non aveva trovato risposte adeguate nel vecchio Ospedale Psichiatrico, ma neppure le trovava nel vuoto creatosi immediatamente dopo la riforma della legislazione psichiatrica.

Esiste quindi una *specificità della situazione italiana* che ha determinato gli aspetti ideali e culturali delle Comunità italiane. Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, il forte carattere anti-istituzionale determinò una sottovalutazione, anzi una certa ostilità per quel filone di pensiero che molti anni prima aveva prodotto, in Inghilterra e altrove, la sperimentazione e la concreta realizzazione delle prime Comunità Terapeutiche: rari tentativi di sviluppare queste esperienze anche in Italia furono appunto guardate con diffidenza o aperta avversione.

Quasi che la forte curvatura ideologica assunta dal discorso scientifico nella psichiatria e nella psicoanalisi di quegli anni italiani, nei quali autorità e istituzione venivano visti solo nei loro aspetti negativi, abbia impedito di considerare che autorità, responsabilità, democrazia, istituzione... sono dimensioni del vivere sociale legati l'uno all'altro: la questione non è quella di eliminarne alcuni per fare posto ad altri, quanto di integrarli tra loro in una organizzazione "sana" che meglio risponda ai bisogni dell'uomo.

Già da queste iniziali considerazioni, emerge chiaramente come la Comunità Terapeutica sia, tra i presidi di cura in psichiatria, quello che più risulta esposto all'influsso del contesto sociale, politico/legale e culturale. Questo perché la *Comunità è per definizione un luogo di intersezione e integrazione tra saperi e tecniche di cura anche molto differenti tra loro ed è quindi caratterizzata da un sapere debole e multidimensionale, sensibile alle richieste e piuttosto indifesa dalle imposizioni del mondo sociale*; in sintesi, essa è fortemente esposta a ciò che avviene e preme ai suoi confini. A riprova di ciò risulta oltremodo difficile paragonare esperienze comunitarie di diverse nazioni perché sovente il clima, la cultura e la legislazione di un determinato paese rendono "non esportabile" direttamente quel tipo di CT, con la sua teoria e la sua prassi riabilitativa, la cui fisionomia specifica viene confermata al contesto nazionale di appartenenza.

Aggiungo qui, solo a titolo di nota, che l'Italia è una nazione a fortissima caratterizzazione regionale, come dimostra la straordinaria varietà (e qualità!) della sua cucina: potremmo dire, parafrasando, che oggi in Italia esistono molte "ricette" diverse di cura comunitaria (addirittura, ogni regione possiede specifiche leggi che regolano la vita istituzionale delle CT). Questo fatto

costituisce, a differenza dell'arte culinaria, anche uno svantaggio in quanto viene meno la possibilità di modellizzare un tipo di intervento riabilitativo nazionale.

Ad ogni modo, quello che vorremmo provare a indicare sono alcune specificità del nostro paese che presumibilmente influiscono sul clima delle nostre Comunità terapeutiche in modo infiltrante, sottile, talora tangibile; questi elementi caratteristici vanno individuati affinché non assumano una valenza negativa rispetto alla rete affettiva e sociosanitaria che si crea intorno al paziente e che ne co-determina le capacità evolutive.

Intanto il contesto politico. Come abbiamo visto, Basaglia aveva nei confronti delle Comunità terapeutiche un atteggiamento ideologico abbastanza ambivalente: se da un lato le considerava irriducibili necessità per il superamento del manicomio dall'altro non le riteneva capaci di una reale funzione terapeutica, piuttosto luoghi ove si sarebbe potuto ripresentare, in forme mutate, la discriminazione e il controllo sociale sul malato mentale. Crediamo che questa ambivalenza originaria sia tuttora presente e che sovente permei il vissuto istituzionale delle CT italiane: esse faticano a riconoscere la propria funzione nel percorso di cura dei pazienti, potremmo dire che faticano talora a pensare ai limiti del proprio "setting", tanto che spesso si assiste ad una oscillazione tra istanze salvifico/onnipotenti - che le inducono a farsi carico anche di questioni che non riguardano e non possono essere risolte da una comunità terapeutica - e atteggiamenti custodialistici/espulsivi. Due facce della stessa medaglia, che di fatto finiscono col negare un ruolo terapeutico alla Comunità.

In anni recenti, inoltre, chi lavora nella Comunità vive sotto la spada di Damocle di una radicale modifica legislativa che riporterebbe la psichiatria all'epoca antecedente la legge 180: si tratterebbe della proposta di rendere coattivo, e non più libero e volontario, l'ingresso in Comunità mediante una sorta di TSO della durata di sei mesi. Una proposta di questo genere ci dice quanto sia presente, in ampi margini della società italiana, un atteggiamento stigmatizzante e antiterapeutico nei confronti della malattia mentale. Una conseguenza di tale minaccia è che il clima della Comunità terapeutica italiana diviene talora una sorta di ultimo baluardo contro le forze restauratrici e antidemocratiche che ancora covano nella società italiana. Questo fatto, pur costituendo un fattore di possibile rischio e di burn-out, si presta agli operatori delle Comunità italiane come terreno per coltivare una sorta di sentimento "eroico" che in parte li ripaga dei bassi stipendi ai quali devono per ora rassegnarsi.

Non siamo sociologi ma è evidente che la famiglia italiana è contraddistinta da legami molto intensi e interdipendenti tra i membri, in particolare quello tra la madre e i suoi figli. Se da una lato ciò costituisce un fattore di protezione sia psicologico che socio-economico per le nuove generazioni, dall'altro ritarda o inibisce le capacità emancipative. D'altronde nella nostra cultura esiste il chiaro precetto "onora il padre e la madre", cioè rimani loro vicino, ma non il suo reciproco "onora i tuoi figli", e dunque permetti loro di separarsi e individuarsi! Aggiungiamo che l'Italia ospita il "Santo Padre" nei confronti del quale vive una forma di quasi diretta sudditanza morale, pur dichiarandosi Stato laico: la spinta che giunge da questa circostanza è quella di mantenerci lungamente "figli" e poco adusi alla pratica dell'essere responsabili, così come di prendersi delle responsabilità rispetto alle quali agire.

Queste considerazioni hanno lo scopo di indicare per sommi capi come noi non si appartenga ad una cultura familiare che ha fatto dell'emancipazione, dell'indipendenza e della responsabilità la sua bandiera! Dal momento che uscire di casa e diventare autonomi costituisce un traguardo molto più complesso e travagliato rispetto, ad esempio, alla cultura familiare anglosassone, l'ingresso in Comunità Terapeutica risente di questo dato sociologico/culturale in modo drammatico.

Anche all'interno delle Comunità il paziente rischia di diventare un "figlio" degli operatori, accettando inconsciamente i vantaggi secondari che gli derivano dalla posizione di dipendenza e dal fatto di continuare a non assumere nessuna responsabilità. Così il copione rischia di ripetersi all'infinito, con evidente danno sia per il paziente, che non si arricchisce di un' "esperienza emozionale correttiva", che per gli operatori che rimangono spesso delusi dal fatto che egli non risponde alle loro aspettative, svuotati e sempre stanchi per il troppo lavoro.

Quello che si vuole sottolineare è che in Italia le Comunità Terapeutiche devono stare particolarmente attente nel favorire e mantenere una cultura della responsabilità. Per noi italiani risulta probabilmente più difficile abituarci e credere nell'intrinseco valore riabilitativo di un clima sufficientemente "democratico" e responsabilizzante. Responsabilità, democrazia, delega, sono tutti aspetti del vivere di gruppo coi quali noi italiani non abbiamo una consolidata confidenza. D'altronde spesso a capo delle CT troviamo un medico-psichiatra che "comanda" in modo piuttosto gerarchico, dopo aver benevolmente ascoltato il parere della équipe! In Lombardia, ad esempio, la obbligatorietà del medico per un gran numero di ore non fa che rinforzare questa tendenza che, peraltro, appare ancora piuttosto generale in molte Comunità.

È altresì evidente che, come ha opportunamente indicato più volte Mario Perini, in Italia manca ancora una radicata cultura della *followership* che prevederebbe precise responsabilità e la capacità di aiutare, dal basso, la leadership nel suo compito di guida. Ci si potrebbe per esempio chiedere quanto sia opportuno l'assunto implicito che sono sempre gli operatori delle CT i responsabili del clima terapeutico in comunità. Si potrebbe immaginare di attribuire, almeno in parte, in modo ragionevole e ben organizzato, un poco di questa responsabilità ai pazienti. Al gruppo dei pazienti stesso o ad un singolo che si proponga autonomamente oppure venga selezionato con una procedura democratica e trasparente. Vedremo più avanti nel nostro discorso come proveremo questo aspetto possa essere determinante nell'esercizio di una efficace opera di "manutenzione" del clima.

Vi è invece un aspetto, all'interno della nostra organizzazione psichiatrica, che può essere veicolo di grandi benefici per la cura dei pazienti presso le CT proprio perché permette di interrompere o modulare la tendenza a reiterare relazioni di patologica dipendenza tra l'ospite e la Ct stessa. Se la Comunità tende a prestarsi soprattutto ad una funzione materna di contenimento e "maternage", la "presenza distante" del Servizio Territoriale Inviante (CPS, CIM ecc. a seconda delle Regioni) può costituire il polo "Terzo" e paterno che norma, regola e organizza la distanza tra gli attori che animano le vicende psicopatologiche del paziente e ruotano intorno ad esso. Ci rifacciamo qui in particolare alla riflessione Lacaniana che ha approfondito la funzione significante e simbolica del padre. È ovvio, che così come in una famiglia sufficientemente sana è indispensabile che i genitori si parlino e che trovino una minima concordanza sullo stile educativo per propri figli, così una delle "fatiche" del lavorare in psichiatria è mantenere sufficientemente pervi e vitali i canali di comunicazione tra i vari presidi che si occupano della grave malattia mentale, per giungere ad una visione comune e integrata sul paziente. Quando questo avviene e, *paziente, famiglia, Comunità e Servizio Inviante* trovano una "strada comune", si assiste sovente a "guarigioni" che paiono spesso miracolose. La "naturale" presenza di una *rete affettiva e istituzionale intorno al paziente è uno dei punti di forza della realtà psichiatrica italiana*. Sta a noi darle la forma giusta e farla funzionare al meglio, nell'interesse dei curanti oltre che del paziente.

Abbiamo quindi cercato di descrivere come molteplici fattori di tipo sociale, culturale e di politica sanitaria contribuiscano a determinare il clima interno alle comunità terapeutiche del nostro paese. In aggiunta a queste considerazioni è opportuno aggiungere che si sta sempre più diffondendo la circostanza che alle Comunità Terapeutiche di "curare" i pazienti con condotte

antisociali e i pazienti autori di reato. Molto recentemente, in vista del definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), è stato previsto il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria: all'uopo verranno costituite "Comunità" ad hoc destinate ad accogliere i pazienti ai quali sono applicate le misure di sicurezza.

In effetti la riforma 180 aveva correttamente scorporato il concetto di malattia mentale da quello di pericolosità sociale permettendo di sottrarre la psichiatria al controllo del potere giudiziario e favorendo il suo ingresso negli ospedali civili a fianco delle altre malattie. E questa fu senz'altro una mossa giuridico istituzionale rivoluzionaria che portò ad una drammatica e benvenuta riduzione dello stigma sociale nei confronti della follia. Ancora una volta però l'impostazione fortemente ideologica ha trascurato che esistono espressioni di disagio che attraversano trasversalmente diverse categorie diagnostiche, così come storie personali e modalità del vivere psicopatologico che sfociano in eventi criminosi anche gravi. Oggi ci troviamo confrontati con una sorta di ritorno del rimosso e anche le Comunità devono far fronte alla cura e alla terapia di questi pazienti pericolosi e spesso molto gravi.

Quantunque la Comunità possieda una fisionomia organizzativa chiara e coerente, che si regga su una storia più o meno lunga, con valori, regole e metodi condivisi, essa è a tutti gli effetti un "organismo" sensibile. Il suo clima interno è chiaramente influenzabile dalle caratteristiche individuali dei membri che ne entrano a far parte, e dal modo in cui queste caratteristiche entrano in risonanza con la dimensione grupppale. L'invio in comunità terapeutica, come provvedimento alternativo alle misure detentive, di pazienti provenienti sia dall'O.P.G. che dal carcere, pone di fronte alla necessità di mettere a punto processi diagnostici e strategie terapeutiche efficaci, e richiede di acquisire una dimestichezza con le procedure delle misura alternativa al carcere in collaborazione con la magistratura. Al tempo stesso la presenza di questa tipologia di pazienti in comunità sollecita il sistema e costringe ad una riflessione più ampia sul significato dell'antisocialità e su come essa sia integrabile col setting di cura comunitario, così da poter tollerare e gestire dialetticamente *la tensione che inevitabilmente si crea tra la necessità di preservare spazi di libera espressività da un lato, e il bisogno di sicurezza e controllo sociale dall'altro.*

### **Comunità per minori e per adolescenti**

Vediamo ora come si declina il discorso sul clima nel contesto specifico delle comunità che ospitano minori ed adolescenti.

È noto come nella seconda metà del secolo scorso, grazie allo sviluppo della psicologia dell'età evolutiva, della psicoanalisi infantile e dell'Infant Research, siano stati progressivamente evidenziati gli effetti negativi della pratica dell'istituzionalizzazione sullo sviluppo psicologico e sociale dei minori in condizione di rischio psicosociale o con disturbi della condotta. Questo processo ha portato negli anni ottanta, in ambito europeo, al diffondersi di iniziative politiche e legislative per il superamento dell'istituzionalizzazione dei minori a favore di nuove forme di progettualità: in questo contesto si colloca la promozione degli istituti dell'affido e dell'adozione nonché la nascita delle comunità familiari. Tuttavia, solo nel 2006 si registra in Italia la chiusura definitiva degli Istituti per l'infanzia.

Il nuovo paradigma culturale, che ha ispirato l'evoluzione degli interventi istituzionali, nasce attorno al principio che il bambino sia un soggetto attivo di diritti umani fondamentali. Ciò ha segnato il passaggio dalla "custodia" del minore alla scelta di una progettualità individualizzata che

dia risposta ai bisogni di accudimento, di appartenenza, di crescita sociale e psicologica. La Comunità residenziale per minori si colloca all'interno di questo quadro complessivo, ed è destinata a rispondere con specifica professionalità a due principali finalità di tutela: vicariare le funzioni genitoriali temporaneamente carenti o inadeguate, consentendo ai genitori naturali di affrontare i necessari percorsi di recupero (sanitario, psichiatrico o sociale), oppure sostituire le figure genitoriali non recuperabili alle proprie funzioni.

Si intuisce quale e quanta rilevanza assuma il *clima interno a queste comunità*, destinate ad ospitare minori che condividono vicende familiari profondamente segnate da un'atmosfera relazionale che, in molti casi, li ha "psichicamente inquinati". Oltre all'esercizio della funzione di tutela la Comunità si propone quindi al minore come "ambiente terapeutico globale" per la cura quotidiana del Sé. Lo strumento di protezione, crescita e riparazione è rappresentato dalla relazione del minore con "adulti significativi in uno spazio [...] caratterizzato da routine condivise e da un caldo clima relazionale in grado di ridurre la catena di reazioni negative sostenuta da una prolungata esposizione a condizioni di rischio psicosociale e di eventi critici" (Emiliani, Bastianoni 1993.)

La prassi terapeutica in questi contesti si è appoggiata ai rilevanti riscontri di efficacia e ad agganci teorici: in particolare alle ricerche che hanno studiato i processi che governano la comunicazione relazionale implicita, e come questa possa essere gestita divenendo attivatore di cambiamento. Un aspetto, quest'ultimo, che investe la pratica terapeutica di tutte le comunità e che fortemente si intreccia con il discorso sul clima in quanto fattore terapeutico. Per queste ragioni verrà anch'esso ripreso in seguito nel nostro discorso.

Anche per ciò che attiene alle comunità per adolescenti, la rilevanza attribuita al "fattore climatico" è rintracciabile con chiarezza già nelle indicazioni programmatiche, come nel caso della Regione Lombardia, la quale per prima, a partire dal 1987, indica espressamente la necessità che ci siano delle strutture residenziali terapeutiche per adolescenti in cui sia realizzabile "un *progetto terapeutico che possa avvalersi di un ambiente idoneo alla sperimentazione e allo sviluppo di positive situazioni di vita e di relazione*".

Le complicazioni psicopatologiche, che rendono ancor più complesso e traumatico l'inevitabile attraversamento della crisi esistenziale propria dell'età adolescenziale, sono mutate nel corso degli anni, ponendo queste istituzioni residenziali di fronte alla necessità di adattarsi a problematiche cliniche significativamente diverse. Parallelamente alla diminuzione dei disturbi psicotici, vi è stato un aumento dei disturbi della condotta, di personalità e della condotta alimentare. A ciò si aggiungono mutamenti del tessuto sociale esterno alle comunità, che ha visto un aumento sensibile del numero di stranieri e l'avvento delle nuove tecnologie di comunicazione. Non è difficile immaginare come il mutamento delle espressioni comportamentali all'interno delle comunità per adolescenti abbia influito e continui ad influire, ancor prima che sulla modalità di gestione dell'utenza, sul clima presente in questi contesti: fino a 10 anni fa circa si presentavano modalità comportamentali quali dispercezioni, rituali, ritiri relazionali, crisi di rabbia verso operatori ed oggetti; ora siamo passati ad una predominanza di agiti quali fughe, promiscuità, gravidanze, uso di sostanze, comportamenti antisociali.

Naturalmente, oltre ad essere fortemente determinato dagli aspetti psicopatologici, il clima che si respira nella Comunità per adolescenti, con i suoi aspetti di ambiguità, caoticità, indeterminatezza, noia, è – concedeteci l'espressione – "tipicamente adolescente". Un clima, cioè, che sembra essere impregnato di una "tossicità" di origine istituzionale, correlata sia al tipo di funzionamento dell'organizzazione che ai fenomeni di *isomorfismo*; ovvero a quei fenomeni di assorbimento delle caratteristiche – siano esse sane o patologiche - dei propri ospiti, a cui sono frequentemente soggette le comunità.

Mario Perini mette sapientemente in luce come nelle comunità per adolescenti “il clima di lavoro, la tensione tra entusiasmo e depressione, tra onnipotenza e inconcludenza, tra creatività e noia, si rivelano uno specchio abbastanza fedele di ciò che accade nella vita mentale dei loro giovani clienti. In questo senso rappresentano il controtransfert istituzionale che, se reso disponibile alla consapevolezza e sufficientemente governabile, può diventare uno strumento potenziale di cura.” Questa affermazione, tra l’altro, riconosce l’importanza della “funzione riflessiva sul clima” come strumento di lavoro terapeutico, di cui si evidenziano qui i risvolti controtransferali, e che vedremo più in dettaglio in seguito nella nostra trattazione.

Prima di esaurire il discorso sulla comunità per adolescenti, ci preme mettere ancora brevemente in luce alcuni aspetti che la connotano fortemente e che senza dubbio influiscono sul clima al loro interno.

Il primo riguarda il processo d’inserimento in comunità, che non avviene quasi mai per scelta del paziente ed è quindi sostenuto da una scarsa motivazione; si pensi che il 70% delle richieste d’inserimento è accompagnata dal decreto del Tribunale dei Minori che prescrive o ingiunge l’inserimento in comunità terapeutica. Anche in virtù di queste premesse, ogni ingresso ha in sé una valenza “traumatica” e mobilita differenti e complesse emozioni, sia per l’ospite, che per il sistema familiare/parentale dal quale “temporaneamente” si separa, che per l’intera comunità terapeutica.

Il secondo riguarda la gestione dei confini. Se il mestiere dell’adolescente è anche quello di sperimentare la possibilità di trasgredire, in questo ambito comunitario si rende indispensabile lo sviluppo di una capacità adattiva che renda i confini di volta in volta solidi ed invalicabili, oppure flessibili ed accoglienti a seconda dei bisogni profondi portati dal paziente e dal gruppo presente. Ogni decisione al riguardo, ed il sistema di supporto agli operatori, influenzano direttamente il clima che diviene così un fattore in continuo cambiamento.

Un ultimo accenno alle nuove tecnologie, e in particolare a come l’utilizzo dei supporti che hanno radicalmente mutato le modalità di comunicazione (smartphones, internet, social network etc.), abbiano un forte impatto sul clima terapeutico e generino complesse e nuove dinamiche di gruppo nelle CT per adolescenti (e non solo). Il problema va indubbiamente gestito senza pregiudizi, perché se è vero che questa dipendenza da internet e telefonino fa diventare simbolicamente gli oggetti tecnologici odierni oggetti feticci, è altresì innegabile che l’uso di tali mezzi permette e rappresenta il contatto con il mondo esterno, con le famiglie e i parenti, nonché con i territori di residenza ed origine.

Non è un mistero, inoltre, il fatto che i nuovi supporti tecnologici possono offrirsi come veicolo di diffusione di informazioni e contenuti molto personali: alcuni pazienti possono essere tentati dall’idea di condividere informazioni sensibili, così come foto personali che in alcuni casi rasentano addirittura la pornografia. Anche in questo caso, la gestione dei confini a cui si è prima accennato, viene chiamata esplicitamente in causa. La qualità del clima è inevitabilmente determinata da come l’istituzione interpreta ed esercita una funzione di contenimento di fronte a queste nuove modalità comportamentali e comunicative.

### **Criteri che definiscono il clima come fattore terapeutico**

Giunti a questo punto del nostro discorso, vorremo cercare di descrivere più approfonditamente i criteri che definiscono il clima in quanto fattore terapeutico, e quali siano le risorse da impiegare per una sua efficace manutenzione.

La valenza terapeutica del clima, almeno nelle sue prime declinazioni, non sembra essere un

acquisizione recente se già nel 1953, in un report ad opera di una commissione di esperti sulla salute mentale dell' Organizzazione Mondiale della Sanità, si afferma con chiarezza che:

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

Tra le funzioni fondamentali che il trattamento comunitario deve fornire, vi è indubbiamente quella della “protezione”. Intesa come capacità di “holding” come insegnava Winnicott: capacità di “tenere saldamente...dare una base su cui poggiare”. Offrire quindi quelle condizioni ambientali che favoriscono le relazioni di attaccamento e fanno sentire il paziente tenuto saldamente dalla mente del gruppo curante. Questo significa saper predisporre un setting terapeutico/comunitario semplice e stabile cui il residente sente di poter contare. Per riprendere le parole di A. Ferruta: “...un clima di sicurezza strutturante con elementi di stabilità e continuità: necessari per lo psicotico che ha il terrore di sentirsi improvvisamente in balia di persone e forze che gli sono del tutto estranee e di precipitare così nell'abisso del non senso; e indispensabili per il borderline, che vive inquieto all'inseguimento di un oggetto che gli sfugge, in una condizione di stabile instabilità (Ferruta, 2007).

La funzione di “holding” richiede agli operatori un complesso esercizio di astensione dai comportamenti evacuativi delle ansie e delle proiezioni dei pazienti, ma richiede anche la capacità di essere saldi e di continuare a porsi attivamente di fronte agli stati di ritiro e di evitamento. Affinché la relazione non collassi in una vicinanza eccessiva o in un disinvestimento, è necessario che gli operatori abbiano accesso e creino degli spazi per sé, dei momenti di sospensione dal fare e dall'urgenza di rispondere alle richieste pressanti dei residenti (Vigorelli & altri p.109).

Il gruppo attiva anche *emozioni che riguardano il clima totale sociale dell'istituzione* più che il singolo paziente (Correale, 1991; Bion, 1961) per cui sviluppare un ascolto complessivo, del “suono di fondo”: D'Elia a questo proposito sottolinea l'importanza di tale rilevazione “legata alla possibilità di cogliere certi movimenti del gruppo, certi passaggi evolutivi o involutivi per comprendere meglio la risposta collettiva rispetto a certe scelte terapeutiche istituzionali o più particolari e a modulare in funzione della risposta.” Emergono dall'immersione nel clima alcune configurazioni ricorrenti, da cogliere e orientare affettivamente. Si tratta di emozioni discrete quali: apatia-noia, ansia-maniacalità-eccitamento, rabbia-violenza, modalità ludico conviviali (D'Elia, 2000). Il lavoro in comunità impegna dunque ad una sfida difficile, ma appassionante: costruire e tenere aperto un ambiente che faccia sentire a casa, che accompagni i movimenti di crescita, ma da cui un giorno sia possibile separarsi e partire (Vigorelli & al. 2012 p. 109 )

Quanto alla sintonizzazione con gli stati del sé e i bisogni del paziente, fondamentale per recuperare aspetti di carenza primitiva del sé, i ricercatori dello sviluppo ci ricordano come una flessibilità e un *contatto interattivo di media intensità sta alla base dell'attaccamento sicuro*, mentre un eccesso di coordinamento ad alta intensità emotiva predice attaccamenti insicuri, con una vigilanza, controllo e senso di allarme, così come un livello troppo basso mette in campo un forte bisogno di autoregolazione, predittivo di attaccamenti evitanti. Un richiamo questo a modulare, sia la scarsa stimolazione che l'ipercoinvolgimento nei confronti dei residenti. E soprattutto a pensare di organizzare la vita della Comunità, nei suoi aspetti clinici, riabilitativi e amministrativi, in un modo che non sia né troppo rigido né troppo flessibile, evitando da una lato

la tirannia del controllo (di budget, per esempio!), dall'altro la falsa libertà dell'anarchia e del disordine.

### **La comunicazione relazionale implicita in comunità come attivatore di cambiamento**

La comunità terapeutico/residenziale, che offre un ambiente terapeutico globale, consente agli ospiti di vivere l'esperienza dell'essere immersi in un flusso comunicativo continuo di gruppo che si articola su una molteplicità di dimensioni, da quelle più simboliche e verbali a quelle più concrete ed fisiche, passando per i livelli discreti del suono e del silenzio, del corporeo e del gestuale, del sentire percettivo e della sensorialità architettonica degli spazi fisici (Boccanegra, 1997; Correale, 1998, 1999).

Ma come è possibile che questo flusso comunicativo multidimensionale agisca da vettore trasformativo? Una possibile risposta ci viene dalle recenti ricerche delle neuroscienze e dal modello di Gallese e Rizzolatti sui neuroni specchio (Gallese et al. 2006; Rizzolatti et al. 2006).

I ricercatori ipotizzano che questo sistema di neuroni sia in grado di evolvere con l'esperienza, ben oltre gli scambi precoci madre/bambino, in linea con le sempre più diffuse evidenze riguardo la plasticità neuronale. La teoria dei neuroni specchio fornisce un modello biologico e relazionale di comprensione dell'intersoggettività: è come se le persone provassero le emozioni e le sensazioni dell'altro osservato, secondo un meccanismo di "simulazione incarnata" che determina una conoscenza diretta e automatica, cioè non mediata da rappresentazioni astratte. In altre parole, questa teoria viene a creare le basi per una concezione dell'intersoggettività come condizione originaria, pre-verbale e pre-razionale. Siamo nel campo del sapere e della comunicazione relazionale implicita. Utilizzando la teoria del "mirroring", D.Stern ha teorizzato che l'intersoggettività nei gruppi costituisca un sistema motivazionale fondamentale che nasce dal bisogno di conoscere le intenzioni e le emozioni degli altri per mantenere o costruire la coesione del sé e il senso di identità. Il bisogno di orientarsi nel campo intersoggettivo gruppale è una necessità vitale del soggetto e ne attiva il comportamento. In Comunità ciò si traduce in un processo vitale e continuo nel quale si alternano momenti integrativi-evolutivi a momenti difensivi-regressivi. Il sistema motivazionale intersoggettivo regola l'oscillazione del residente tra bisogni di appartenenza e bisogni di isolamento.

Attraverso i suoi dispositivi gruppali, la comunità si configura come uno spazio elettivo di osservazione dei disturbi dell'intersoggettività e come un efficace strumento di rimodulazione della stessa attraverso la responsività e la circolarità degli scambi affettivo-relazionali e comunicativi .

### **La "manutenzione" del Clima**

Avviandoci alla conclusione, cercheremo di addentrarci ancor più nelle pieghe di questo discorso, descrivendo in che modo il "gruppo di lavoro" di una comunità terapeutica possa esercitare un'efficace opera di manutenzione del clima, così da preservarne e incrementarne la valenza terapeutica.

Robert Hinshelwood, nel suo indispensabile contributo alla comprensione del funzionamento delle comunità terapeutiche - pubblicato nel 1987 dal titolo "*Cosa accade nei gruppi. L'individuo nella comunità*" - tratteggia in una frase uno degli aspetti più significativi dell'esperienza che l'individuo vive in tale contesto:

*"I membri di una comunità esprimono collettivamente i loro mondi di incubi personali e i loro sforzi per evaderne".*

Egli intende con ciò porre in risalto la tensione esistente tra lo sforzo di realizzare un'esperienza di vita in comune che sia complessivamente non caotica, correttiva e terapeutica, e la necessità di creare e preservare uno spazio in cui pazienti e terapeuti possano far emergere i rispettivi mondi di incubi personali perché divengano occasione di esplorazione, approfondimento e conoscenza. Nella sua visione, quindi, la vita comunitaria si articola costantemente tra l'espressione drammatizzata nel gruppo della realtà intra-psichica dei membri che ne fanno parte, e lo sforzo continuo volto a coglierne l'essenza e il significato, e facilitarne la condivisione. Solo in questo modo è possibile andare oltre la logorante concretezza della sofferenza psichica e accedere ad un piano simbolico che è condizione imprescindibile per realizzare un'autentica funzione terapeutica. La Comunità Terapeutica è per definizione l'istituzione di cura che non si limita ad offrire cura e conforto a chi è gravato da un disagio di natura psichica. La disponibilità a farsi carico delle fragilità dei pazienti accettando i loro limiti convive costantemente con l'idea di incoraggiarli ad avere un atteggiamento più maturo e responsabile verso il proprio disturbo, invitandoli a sviluppare una socialità più sana e costruttiva.

*In questo senso, arricchire la comprensione della sofferenza psichica – propria e dell'altro – equivale ad alimentare la speranza che, esplorando questo "mondo di incubi" – piuttosto che esserne inevitabilmente e inconsciamente governati – sia possibile immaginare e fare esperienza di un nuovo modo di vivere e con-vivere con il proprio disagio.*

In considerazione di questa premessa, esplorare il concetto di clima - in uno scenario terapeutico che assolva anche alla funzione di contenitore del "mondo di incubi personali" – è di indubbia pregnanza e utilità. Il clima – anche nella comunità terapeutica - si offre da subito come dimensione complessa e sfaccettata, e di non facile definizione. In primo luogo perché è al tempo stesso "fattore" e "sensore": determina l'esperienza del vivere comune, in termini di qualità e intensità, ma al tempo stesso ne è il prodotto, perché registra in un dato momento o periodo l'essenza di questa esperienza. Questo processo di reciproco influenzamento è uno snodo cruciale nella vita della comunità terapeutica, anche perché – se non è attentamente governato - può generare rischiose polarizzazioni nelle percezioni e nei vissuti che la comunità terapeutica e i suoi membri sviluppano. Un esempio di ciò è la demoralizzazione, che può alimentare una spirale di ulteriore demoralizzazione e disfattismo; o, al contrario, l'idealizzazione, che può portare a una pericolosa deriva narcisistica onnipotente e autoconsolatoria.

Il pensiero e - volendo esprimerci con un lessico clinico più attuale - la funzione di mentalizzazione, divengono fattori cruciali perché interrompono la spirale inserendosi tra la percezione del clima e l'alimentazione inconscia del clima stesso: sono quindi strumento d'elezione per decifrare una determinata qualità del clima dotandola di significato, portandone in luce i presupposti, e creando le condizioni per un agire terapeutico efficace e autenticamente riparativo.

Seguendo il filo di questo ragionamento, riteniamo utile cercare di definire l'opera di *manutenzione del clima* come elemento che integra entrambe le funzioni del pensare e dell'agire terapeuticamente, in un processo di reciproca regolazione che determina da un lato la funzione esplorativa e di riflessione sul clima e dall'altro gli interventi messi in atto per influire adeguatamente su di esso.

È sempre Robert Hinshelwood che si sofferma su un'apparente contraddizione intrinseca alla comunità terapeutica, evidenziandone le potenzialità:

*"Chi lavora in comunità terapeutica non può semplicemente scegliere il ruolo manageriale o quello psicoterapeutico: la sua disponibilità viene richiesta ad entrambi i livelli. (...). Spero di essere in grado di dimostrare, a partire dalla mia esperienza, l'uso potenziale di questo dilemma."*

Il clima in comunità terapeutica e la sua manutenzione attraversano questi due ambiti, quello della pratica terapeutica in senso stretto - che prevede la permissività e la libertà di espressione

(come la libera associazione in un setting analitico) - e quello della gestione condivisa e organizzata della quotidianità, all'interno della quale possa concretizzarsi un'esperienza relazionale correttiva, non caotica, improntata al riconoscimento e all'assunzione di responsabilità, che sia arricchente e complessivamente gratificante per l'individuo e il gruppo.

L'uso potenziale di questo apparente dilemma, dunque, caratterizza anche il clima e la sua opera di manutenzione. In questo senso, creare e mantenere un buon clima non equivale a negare, minimizzare o "espellere" ogni esperienza negativa che gli staff e gli operatori possono vivere, nei gruppi terapeutici, nelle assemblee, durante la preparazione dei pasti o nel corso delle pulizie, piuttosto che in altri momenti informali. Al contrario, è proprio la riflessione sulla natura di questa esperienza che costituisce il primo presupposto per fare un'esperienza autentica e concreta di come sia possibile – seppur faticosamente – *pensare il clima e parlare del clima*, descriverlo e svelarne l'essenza e il significato. Che è inevitabilmente ciò che i pazienti, in genere, non hanno potuto sperimentare nel proprio contesto familiare e sociale di appartenenza.

### **Una lettura psicodinamica del clima: la mentalizzazione e la sua valenza terapeutica**

Come detto il clima si offre come dimensione che permette una regolazione continua della vita di comunità e dell'agire terapeutico. Visto in questi termini, l'esperienza che si fa del clima in comunità terapeutica è simile a quella che il terapeuta fa in seduta individualmente con il paziente. E il modo in cui il terapeuta recepisce la qualità di questa esperienza, la elabora e la traduce nel proprio agire terapeutico con il paziente è l'essenza della terapia concepita in termini psicodinamici.

Con una differenza di fondo imprescindibile: ciò che si manifesta nella collettività della comunità terapeutica, a qualsiasi livello, va tradotto e interpretato facendo ricorso all'insieme di conoscenze specifiche inerenti il funzionamento inconscio dei gruppi e delle istituzioni. Non è superfluo ribadire questo concetto, anche in questo periodo storico in cui, l'indubbio incremento di efficacia dei processi diagnostici e di inquadramento psicopatologico, deve sempre armonizzarsi con la capacità di cogliere e differenziare gli aspetti psicopatologici dei gruppi, ovvero il loro funzionamento inconscio e irrazionale.

*Un gruppo di lavoro che è in grado di esercitare una buona funzione mentalizzante, "ha sempre in mente" il clima in cui sta lavorando.* Se il clima è al tempo stesso lo sfondo psichico e relazionale sul quale si stagliano gli eventi psichici del gruppo e dell'individuo, nonché il prodotto dell'interazione tra questi eventi e gli interventi messi in atto dall'equipe nell'agire terapeutico quotidianamente, non c'è equipe terapeutica che possa esimersi dal compito di chiarire le proprie idee sul clima in cui è immersa con i pazienti in un dato momento o periodo. Vivere un clima è cosa ben diversa dal poterlo pensare e descrivere: produrre una riflessione continua ed efficace su di esso è, a nostro avviso, parte integrante dell'opera di mentalizzazione e di auto-riflessione di un'equipe curante e della comunità terapeutica nel suo insieme. Bateman e Fonagy, descrivendo il trattamento basato sulla mentalizzazione nei pazienti borderline, riassumono in una definizione ciò che più di ogni altro aspetto lo definisce: *mettere a disposizione ed esercitare una presenza mentale per incrementare i processi di mentalizzazione*. In quest'ottica – dunque – *pensare il clima* è il primo passo per poter mantenere nel tempo – al di là delle fisiologiche fluttuazioni – la valenza terapeutica del setting.

Chi ha esperienza di lavoro in comunità sa che questa presenza mentale si attiva, in condizioni normali, proprio in relazione al clima, all'atmosfera: gli operatori avvertono il clima, si chiedono regolarmente - individualmente e in gruppo - "Che clima c'è? Qual è l'atmosfera?". Volendo ridurre la questione ai minimi termini, è proprio la capacità di farsi questa domanda, di porsi il

quesito individualmente e nel gruppo e di attivare una riflessione su questo che segna una differenza fondamentale tra il gruppo dei curanti e quello dei residenti. *Ed è compito dei curanti ricomporre questa scissione, riportando il discorso sul clima ai pazienti, perché questi possano pensarlo.* È questo uno dei processi cruciali che intervengono nell'opera complessiva di manutenzione del clima: si pensi – ad esempio - al clima di paura, a quanto questo affetto possa governare un gruppo non trovando vie di espressione utili sul piano del pensiero, e al rischio che possa divenire veicolo di manipolazioni, abusi e sfruttamento: un clima antiterapeutico per definizione.

Riportare il discorso sul clima ai pazienti non si riduce ad una banale “rilevazione metereologica” o ad interventi esclusivamente rassicuranti e persuasivi. Al contrario chiama in causa sensibilità, esperienza e competenze specifiche. L'insieme di queste risorse permette di esplorare, spiegare e “normalizzare” l'esperienza che il gruppo sta avendo in un dato momento o periodo, di inserirla in un più ampio e condivisibile scenario esistenziale che – per quanto complesso e impegnativo – non sia più vissuto inevitabilmente come catastrofico e disperante.

## APPENDICE

### Strumenti di valutazione del clima terapeutico

Il fattore clima sta assumendo sempre più rilevanza nelle valutazioni di efficacia e di processo delle comunità terapeutiche, soprattutto in relazione alle condizioni psicologiche e sociali che possono determinare il burn-out degli operatori.

Nell'area della psicologia del lavoro e delle organizzazioni, si è affermato un nuovo costrutto, il “Clima di sicurezza psicosociale “ (*Psychosocial Safety Climate, PSC*) inteso come “percezione condivisa da parte dei lavoratori della presenza di un insieme di politiche [...] e procedure organizzative messe in atto a beneficio della loro salute e sicurezza psicologica, promosse in larga misura dal management dell'organizzazione stessa”<sup>4</sup>. Il PSC si dimostra un importante “precursore” del clima ambientale che permea ogni contesto lavorativo, uno sfondo che dovrebbe facilitare il benessere del personale se questo è realizzato dalla leadership come obiettivo prioritario, anteposto alla produttività, attraverso la valorizzazione delle risorse e dell'impegno degli operatori<sup>5</sup>. Nelle comunità residenziali, che prevedono turni e condizioni spesso di elevato stress, il clima di sicurezza psicosociale rappresenta, a nostro avviso, un prerequisito per lo sviluppo del “clima terapeutico”. Quest'ultimo è considerato come fattore valutabile e mediatore del processo terapeutico comunitario già dagli anni '70 con le ricerche dello studioso americano Rudolph Moos. Questi ha costruito un modello concettuale ed uno strumento specifico per l'analisi del clima ambientale: la *scala COPEs*. Le dimensioni indagate sono relative alla dimensione relazionale, alla crescita personale ed all'assetto organizzativo-terapeutico della comunità. Si tratta di una valutazione integrata di una varietà di i fattori che, interagendo fra loro, contribuiscono a creare un determinato clima il quale, a propria volta, influenza la permanenza dei residenti nei programmi terapeutici e gli esiti di questi ultimi.

La ricerca sulla terapeuticità del clima, nelle sue componenti, si è arricchita, di recente, anche del contributo di due gruppi italiani. L'uno, appartenente a Mito & Realtà, ha messo a punto uno strumento (CFQ-i28<sup>6</sup>) per la valutazione delle capacità di lavoro di gruppo, della leadership, dei processi di responsabilizzazione e del clima terapeutico nelle riunioni di équipe. Il secondo gruppo della Facoltà di Psicologia dell'Università della Valle d'Aosta, ha invece costruito un questionario

<sup>4</sup> Dollard, Bakker, 2010; Dollard & McTernan, 2011.

<sup>5</sup> La Salvia, Tansella 2011.

<sup>6</sup> *Community Functioning Questionnaire Image – 28* (Vigorelli, Zanolini, Belfontali, Stirone, Peri, Tatti, Buratti).

(CFTC Q<sup>7</sup>) per la valutazione degli aspetti relazionali ed organizzativi come fattori di trattamento. Rimandiamo al volume *“Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti e minori”* di Ferruta, Foresti e Vigorelli per la descrizione e l’analisi dei due strumenti.

---

## BIBLIOGRAFIA

- BASAGLIA, F. (1965) La comunità terapeutica come base di un servizio psichiatrico. In BASAGLIA, F. (1965) *Scritti Vol. 1°*. Einaudi Paperbacks, Milano.
- BASAGLIA, F. (1968), La società e le malattie mentali. In BASAGLIA, F. (1982) *Scritti Vol. 2°*. Einaudi Paperbacks, Milano.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2006), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Raffaello Cortina, Milano.
- BAUMAN, Z. (2008), *Voglia di comunità*. Laterza Bari.
- BION, W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Tr. it. Armando, Roma 1971.
- BOWLBY, J. (1988), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina, Milano, 1992.
- BOCCANEGRA, L. (1997), “L’origine condivisa: il gruppo dei colleghi come interlocutore appropriato nei casi difficili”. In: A CORREALE, A., RINALDI, R. (a cura di) *Quale psicoanalisi per le psicosi?*. Raffaello Cortina, Milano.
- BRIDGER, H. (1948), The discovery of a therapeutic community. In TRIST, E.L., MURRAY, H. (1948), *Work Organization at the Coal Face*, Tavistock Publications, London, n° 506.
- BRUNORI, R., RAGGI, C. (2007), *Le comunità terapeutiche. Il Mulino, Bologna*.
- CADORNA, F. (1992), *Crescere, educare, curare, contenere: strutture residenziali per adolescenti in grave difficoltà in Inghilterra*. In KANEKLIN, C., ORSENIGO (A CURA DI) (1992) *Il lavoro di comunità. La Nuova Italia Scientifica, Roma*.
- CORREALE, A. (1991), *Il campo istituzionale*. Borla, Roma.
- CORREALE, A. (1998), “Introduzione” alla Seconda Sezione (I fattori terapeutici) di FERRUTA, A., FORESTI, G., PEDRIALI, E., VIGORELLI, M. (a cura di). *La Comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Raffaello Cortina, Milano.
- CORREALE, A. (1999), “Funzioni terapeutiche e comunità residenziali”. In CONFORTO, C., GIUSTO, G., PASSERI, P., BERRUTI, G. (a cura di) *Comunità. Natura, cultura., terapia*. Bollati Boringhieri, Torino, pp. 143-159.
- CORREALE, A. (2004), *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla, Roma.
- DE CRESCENTE, M. (2011) LA POLITICA DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE. ALPES, ROMA.
- D’ELIA, L. (2000), “I FATTORI TERAPEUTICI ASPECIFICI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI: L’INUSUALE OSSERVATORIO DEL QUOTIDIANO”. IN MASONI, P., BALDUCCI, P., CORATTI, C., HANSEN, P., MELGIOVANNI, S. (A CURA DI) LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE. RICERCA SUL FUNZIONAMENTO ORGANIZZATIVO E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI. EDIZIONI KAPPA, ROMA.
- D’ELIA, L., DE CRESCENTE, M., PONTALTI, C. (2004), “RETE ISTITUZIONALE E RETE NATURALE. CLIMA TERAPEUTICO E CURA DEI CONFINI NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE”. RIVISTA GRUPPI 3/2004, FRANCO ANGELI, MILANO, P.1-32. DISPONIBILE SU [HTTP://WWW.COMUNITAPASSAGGI.IT/](http://www.comunitapassaggi.it/)
- DOLLARD, M.F., BAKKER, A.B. (2010), “Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement”. In *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, pp. 579-599.
- DOLLARD, M.F., MCTERNAN, WP. (2011) Psychosocial safety climate: a multilevel theory of work stress

---

<sup>7</sup>*Climate Factors In Therapeutic Community Questionnaire* (Cristofanelli, Ferro, Fassio, Zennaro)

- in the health and community service sector. In *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, pp. 287-293.
- FERRUTA, A. (2007), *“Fattori evolutivi e fattori di protezione nel trattamento comunitario dei pazienti gravi”*. In: Atti del convegno di Arzignano, 21 Settembre 2007. La residenzialità psichiatrica nel Veneto: dalla mappa al territorio. Ricerca PROGRES Veneto 2006, pp 53-65.
- FERRUTA, A., FORESTI, G., VIGORELLI, M. (a cura di) *Le Comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*. Raffaello Cortina, Milano, 2012.
- GALLESE, V., MIGONE, P., EAGLE, M.N. (2006) La simulazione incarnata: i neuroni a specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi in *Psicoterapia e scienze umane*, XL, 3 543-480.
- GHISOTTI, N. (2012) Le comunità residenziali per minori come strumenti di tutela e di cura nella rete dei servizi. In FERRUTA, A., FORESTI, G., VIGORELLI, M. (a cura di) *Le Comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*. Raffaello Cortina, Milano.
- HILLMANN, J. (1996) *Forme del potere*. Garzanti, Milano.
- HINSHELWOOD, R.D. (1989) *Cosa accade nei gruppi*. Raffaello Cortina, Milano.
- KAES, R. (1996) *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*. Borla, Roma, 1998.
- LA SALVIA, A. TANSELLA, M. (2011) *“Occupational stress and job burnout in mental health”*. In *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, pp. 279-285.
- LYONS-RUTH, K. (1998), *“La conoscenza relazionale implicita: il suo ruolo nello sviluppo e nella psicoterapia psicoanalitica”*. Tr. it. CARLI, L., RODINI, C. (a cura di) *Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali*. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- MAGGIOLINI, A., PIETROPOLLI CHARMET, G. (2004), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Franco Angeli, Milano.
- MINGARELLI, L. (2009) *Adolescenze difficili: autobiografia di una comunità terapeutica*. Ananke, Milano.
- PAGLIARANI, L. (1972) La cogestione dell'ansia. Aspetti e problemi della comunità terapeutica visti secondo l'ottica socio analitica. In *Minerva Psichiatrica e Psicoanalitica*, vol. 13, supplemento 2°, Milano.
- PERINI, M. (2007) *L'organizzazione nascosta*. Franco Angeli, Milano.
- RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, *Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- SCHITTAR, L. (1968), *L'ideologia della comunità terapeutica*. In BASAGLIA, F. (1968) *L'istituzione negata*. Einaudi, Milano.
- STERN, D. N. (1995), *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1995.
- VIGORELLI, M. (2012) Fattori terapeutici della comunità residenziale. In FERRUTA, A., FORESTI, G., VIGORELLI, M. (a cura di) *Le Comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*. Raffaello Cortina, Milano.
- VIGORELLI, M. (2012) (a cura di) *Il lavoro della cura nelle istituzioni*. Franco Angeli, Milano.
- ZIZEK, S. (2010), *Leggere Lacan*. Bollati Boringhieri, Torino.