

# RETE ISTITUZIONALE E RETE NATURALE CLIMA TERAPEUTICO E CURA DEI CONFINI NELLE CO- MUNITÀ TERAPEUTICHE

Luigi D'Elia<sup>1</sup> – Corrado Pontalti<sup>2</sup> - Marino De Crescente<sup>3</sup>

## INTRODUZIONE

Questo lavoro intende proporre una chiave di lettura dei fenomeni terapeutici fondata sui concetti di confine, passaggio, interstizio, concetti dai quali deriva una cultura clinica gruppale e istituzionale più che un modello organizzativo vero e proprio, anche se le implicazioni sul versante dell'organizzazione sono innumerevoli. La Comunità Terapeutica (C.T.)<sup>4</sup> è un'area intermedia che presidia e cura dei confini: cura i propri confini interni (l'organizzazione, le aree interstiziali, il clima terapeutico, la formazione degli operatori e il loro ambiente lavorativo); cura i confini che la interfacciano con la comunità allargata (famiglie, istituzioni, territorio, mondo sociale); cura i confini che il paziente conquista nei suoi movimenti. Le riflessioni comprese in questo articolo derivano da esperienze e pensieri nati all'interno di Strutture Intermedie in Psichiatria e sot-

---

<sup>1</sup> Psicologo, Psicoterapeuta Comunità Terapeutica "Passaggi"

<sup>2</sup> Professore di Psicoterapia. Scuola di Specializzazione in Psichiatria. Università Cattolica del S.Cuore. Facoltà di Medicina.  
Past President e Past Preside della C.O.I.R.A.G.

<sup>3</sup> Master of Arts University of East London/Tavistock Clinic, Responsabile della Riabilitazione Comunità Terapeutica "Passaggi".

<sup>4</sup> Il presente lavoro si basa su anni di riflessione e di pratica clinica fondate sull'esperienza all'interno della Comunità *Passaggi*, Comunità sita al confine tra il Lazio e l'Abruzzo in località Carsoli. [www.comunitapassaggi.it](http://www.comunitapassaggi.it)

tendono l'elaborazione di una serie di concetti preliminari che intendiamo come acquisiti e che proveremo a sintetizzare:

1. Il sistema di cura è l'ambiente terapeutico che i fattori di quel sistema allestiscono (possiamo chiamarlo "campo istituzionale", "milieu", "clima", "setting", "cultura istituzionale", etc.);
2. L'ambiente terapeutico è l'insieme di strutture e processi di un sistema di cura su cui convergono tutti i "valori" costitutivi dei suoi fattori e partecipanti (operatori, pazienti, società);
3. Con il termine "valori" s'intende l'insieme di: modelli impliciti ed espliciti (teorie, formazioni, esperienze, setting interni, etc.); l'idea di mente (metateorie sulla mente); il progetto di "salute mentale" in quanto struttura fondativa etico-terapeutica dei suoi fattori;
4. Dalla struttura fondativa conseguono determinate procedure e prassi più o meno coerenti con i "valori" che essa esprime: non mi riferisco soltanto alle tecniche (tecniche e teorie della tecnica) terapeutico-riabilitative, ma alla qualità degli scambi intercorrenti tra gli attori del sistema di cura nei suoi *spazi interstiziali*;
5. A ciò va aggiunta la riflessione circa la qualità dell'appartenenza che l'intero sistema valoriale-culturale sviluppa nei suoi membri e come ciò si declini dialetticamente in relazione alle identità personali dei "clienti" (pazienti, operatori, famiglie, sociale) e alla loro mobilità psichica.

## 1. APPARTENERE E TRANSITARE: LA CURA DEI CONFINI

Lo *stare assieme progettuale* all'interno di una matrice di convivenza, all'interno cioè di una co-costruzione narrativa, così come avviene in una C.T., crea inevitabilmente *appartenenza*, crea cioè un legame storicizzato che tende a sedimentarsi.

Ma per “fare salute mentale”, non è sufficiente sviluppare, seppure con la massima raffinatezza, una sorta di “ingegneria dell’istituzione” e della vivibilità del clima terapeutico interno. Occorre anche imparare ad osservare il complesso sistema di rapporti incrociati (interfacce) tra le differenti reti istituzionali in gioco: reti artificiali e reti naturali. Il movimento di transito dell’individuo all’interno di tali reti diventa essenziale per comprendere la gestione che egli fa delle proprie multi-appartenenze.

***Le principali interfacce del lavoro di CT***

- 1. ospite - famiglia (gruppo interno/rete naturale)*
- 2. ospite - CT (gruppo interno/équipe terapeutica)*
- 3. famiglia - CT (rete naturale/équipe terapeutica)*
- 4. ospite - gruppi extrafamiliari (gruppo interno/matrice sociale)*
- 5. CT - territorio*
- 6. CT - mondo sociale*
- 7. ospite - territorio*
- 8. CT - servizi invianti*
- 9. famiglia - servizi invianti*
- 10. famiglia - mondo sociale*

La malattia mentale, ed il disagio psichico in genere, sono infatti, secondo noi, l’impossibilità o la difficoltà a gestire (con strumenti simbolopoietici e con azioni progettuali) gli attraversamenti tra le appartenenze multiple dell’individuo<sup>5</sup>, con l’esito di un arroccamento in una mono-appartenenza. Il nostro problema, in quanto curanti, non sarà certo quello di amministrare tale mono-appartenenza, bensì diventa quello di accompagnare la riattivazione, a volte confusa, violenta, imprevedibile, della mobilità psichica.

Se pensiamo ad esempio al territorio-Comunità Terapeutica, esso rappresenta uno snodo della rete sociale, una delle possibili ri-

---

<sup>5</sup> Attraversamenti tra le fasi vitali, tra la famiglia ed il mondo sociale, tra le funzioni-identità, tra i diversi contesti, e così via.

sposte sociali al disagio psichico. Esso, in quanto struttura gruppale “*mediana*”<sup>6</sup>, si presta a diventare facilmente (consapevolmente o meno) uno *scenario microculturale* che, con i propri codici, crea nei suoi fruitori (ospiti e operatori) forme svariate di appartenenza. In questo caso gli strumenti che il gruppo istituzionale utilizza e a cui facciamo riferimento sono soprattutto le prassi e le consuetudini istituzionali, le declinazioni simboliche e valoriali della realtà, gli stili narrativi, che vengono veicolati attraverso tale scenario (D’Elia, 1998c). Chiaramente è nel clima terapeutico, nella sua concezione e costruzione che è possibile rintracciare i meccanismi di trasmissione dei fattori che creano appartenenza.

Possiamo cominciare ad osservare, dunque, se il nostro sistema di cura, attraverso i suoi dispositivi, sia in grado di sviluppare **forme transitorie di appartenenza** e se sia in grado, allo stesso tempo, di facilitare la mobilità psichica dei suoi clienti, quindi una loro **maggiore agilità nel “transitare” tra le differenti multi-appartenenze**. Se concepiamo la rete istituzionale, di accoglienza e transito, della Comunità come quella struttura onnipotente in grado autarchicamente di corrispondere ad ogni bisogno ed evenienza del paziente, di reinfetarlo e, in buona sostanza, di costituire per lui l’unico e ultimo luogo di appartenenza, non facciamo altro che corrispondere ai peggiori ed espulsivi mandati sociali di esclusione e controllo, enfatizzando rappresentazioni autoreferenziali dell’istituzione e modelli d’intervento chiusi e ideologici.

Se viceversa riusciamo ad accedere ad una concezione dell’intervento che parta dalla *storia personale* di ciascun afferente al nostro sistema di cura, non possiamo che sviluppare modalità terapeutiche che siano prossime a ciascuna delle storie personali e rispettose di esse. E’ inevitabile fare i conti con tutti i transiti difficili o bloccati che in ogni biografia è possibile rintracciare, ma anche con quelli che il nostro sistema di cura produce. Dovremo anche

---

<sup>6</sup> Il riferimento è alle concettualizzazioni di De Marè sul gruppo mediano (De Marè, Piper, Thompson, 1996)

necessariamente includere, nel nostro agire terapeutico, tutte quelle *Agenzie* che, in qualunque forma, continuano ad attivare nella vita mentale del paziente processi significativi (reti istituzionali, matrice sociale e soprattutto famiglia). Impareremo quindi a relativizzare il nostro *arrivo* nella mente del paziente non concependolo più come quello risolutivo ma semplicemente come l'ultimo in ordine di tempo oppure come un ulteriore transito. Si tratta a nostro parere di assumere la seguente responsabilità terapeutica: quella di porsi quali ***operatori dei confini*** che diventano competenti dei transiti dei pazienti dei quali si assume la responsabilità.

Stiamo affrontando dunque il tema della *gestione e cura dei confini*. I confini sono territori sia di demarcazione che di transito, sono anche territori "confusi", luoghi di sovrapposizione un po' di tutti e un po' di nessuno, nei quali è più visibile l'attraversamento. I sistemi di cura che si fondano in apertura in genere ***presidiano i confini***, anche se con fatica. Quelli autoreferenziali si tengono ben lontani dai confini, all'interno di territori sicuri e fortificati. Ma anche **il presidio dei confini** può essere svolto in tanti modi; vediamo le tre modalità principali di un metaforico continuum:

- assenza di demarcazioni e di osservatori: i confini sono labili e non presidati: gli Stati finti;
- presenza di truppe armate e feroci: la quarantena, cioè i confini presidati contro ogni pericolo d'infezione psichica (il sistema più diffuso);
- presenza di ingenti forze non armate. Gli osservatori internazionali ONU.

È chiaro che mentre questo terzo modo di presidiare i confini è il più faticoso e dispendioso, ma anche quello che porta maggiori risultati in termini di *garanzie di diritto*, i primi due modi possono tranquillamente coesistere alternativamente in un unico sistema di cura con minore dispendio di energie e pensieri. Se il paziente o la sua famiglia non transitano allora non esistono; se e quando transi-

tano, e proprio non è possibile ignorarli, vengono tenuti in qualche modo a bada.

Ma usciamo dalla metafora e cerchiamo di comprendere il perché è così necessario saper presidiare i confini. Mi riferisco a come i curanti si rappresentano i processi terapeutici dei loro assistiti in relazione agli spazi di appartenenza, ma anche ai possibili sviluppi temporali dei processi stessi, con particolare riferimento ai passaggi temporali futuri.

Nella condizione di presidio del confine l'operatore si trova quindi a gestire situazioni interne (interne personali e interne istituzionali) ed esterne alquanto complesse. Vediamone alcune:

1. deve imparare ad osservare i transiti quando essi avvengono
2. deve imparare a cogliere il senso di ogni passaggio
3. deve imparare *ad accompagnare ed assistere* ogni passaggio avvenuto, deve cioè saper seguire i movimenti e corrispondere ad essi con il linguaggio e gli strumenti adeguati
4. deve imparare ad immaginare, in tempo utile e con realismo, i possibili passaggi futuri

Ognuno di questi punti richiede una *fatica specifica*, ma possiamo anche raggruppare le diverse fatiche definendole come un'unica "*fatica del confine*".

Se pensiamo ad esempio soltanto alla specifica fatica relativa alla *posizione dell'osservatore* dei fenomeni di confine, dobbiamo considerare la difficoltà di chi lavora nei sistemi di cura di conservare una posizione mobile rispetto al coinvolgimento emotivo connesso alle relazioni. Dobbiamo inoltre sottolineare la difficoltà a registrare e tenere a mente un materiale selezionato, tra un'infinita possibilità di opzioni, tale da poter essere condiviso con gli altri operatori (ad esempio nelle riunioni di équipe).

Ma la fatica del confine riguarda anche la *tolleranza della mobilità psichica*, propria e altrui. Sapere cioè, dopo averli osservati, accompagnare gli attraversamenti, quando essi avvengono. Come a dire: <<*i guai cominciano quando si comincia a sviluppare salute*

*mentale!>> perché non siamo attrezzati per gestirne la drammatica complessificazione che immette nel campo relazionale.*

*Una nostra giovane paziente (Donatella), con una storia di abusi infantili alle spalle, in uno dei suoi frequenti momenti critici nei quali il passato ritorna senza mediazione col suo carico di angosce, decide all'improvviso, dopo alcuni mesi di permanenza e faticoso lavoro terapeutico, di andar via dalla comunità con la chiara intenzione di "buttarsi via", di raggiungere così la Stazione Tiburtina per fare vita da barbona. Nonostante ogni tentativo di dissuaderla da tale proposito, ella prende il treno del paese dove risiede la C.T. e raggiunge la Stazione Tiburtina a Roma. Raggiunta la quale, comincia una fitta serie di telefonate: parte ai genitori, parte all'operatore in turno, parte al suo referente terapeutico.*

*Un altro nostro giovane paziente (Paulo), adottato a 7 anni da una famiglia italiana e prelevato dal Brasile, per meglio dire dalle favelas di una grande città, dopo uno dei suoi frequenti atti d'ira nel quale aveva aggredito un operatore, decide di allontanarsi dalla C.T. e dopo aver fatto con cura le valige, senza dire nulla a nessuno, prende il treno (il solito treno!) per raggiungere il Consolato Brasiliano a Roma dove chiede asilo<sup>7</sup>.*

Episodi come questo, che procurano ansie e preoccupazioni nelle équipe terapeutiche, nei genitori, nei Servizi invianti, e che sono considerati in genere degli insuccessi, rappresentano a nostro parere degli snodi importantissimi dei percorsi terapeutici.

In ogni intervento comunitario che attivi una qualunque forma di mobilità psichica, (dunque di non-cronicità) situazioni di questo genere sono abbastanza comuni: il territorio della C.T., con i suoi dispositivi terapeutici e grazie al suo carattere intermedio, consente all'ospite di raggiungere presto un confine. Da questo confine il paziente è in grado di *vedere* una scena diversa da quella che osserva-

---

<sup>7</sup> Entrambi questi ospiti hanno comunque proseguito il percorso con inaspettati miglioramenti clinici

va precedentemente, e così la Stazione Tiburtina ed il Consolato Brasiliano diventano i nuovi vertici di osservazione dei propri territori psichici, dei punti di vista privilegiati. Non importa se ciò che porta a conquistare questi vertici sia drammatico e nemmeno che la scena (la propria vita) che si osserva sia altrettanto drammatica, ciò che importa è che per la prima volta sotto gli occhi si dipani una storia che, nel suo essere mobile, consente di diventare visualizzabile, riconoscibile e forse comprensibile. Da questo nuovo luogo, più elevato, e conquistato con rabbia, i pazienti possono dunque sentire e vedere da una distanza diversa la loro famiglia o la Comunità o altro ancora, ma soprattutto possono comprendere di avere delle alternative e che possono scegliere cosa fare di se stessi.

Concedere ai nostri *clienti* (tutti: interni ed esterni) la possibilità di raggiungere questi nuovi confini, nonché permettere loro di *sentire* la nostra struttura come un luogo dove potersi progettare sono le *missions* della nostra Comunità Terapeutica “Passaggi”.

Lo specifico del nostro operato diventa allora - oltre naturalmente la capacità di accoglienza e di ascolto - la cura dei confini: ogni operatore diventa dunque operatore del confine esperto in transiti tra i diversi territori psichici ed organizzativi che presiede.

## 2. LA CREAZIONE DI UN CLIMA TERAPEUTICO

Per “*clima terapeutico*” intendiamo molto semplicemente *l’aria che si respira in un luogo di cura*, e se tale aria è più o meno “pulita”, cioè favorevole ad attivare processi trasformativi nei clienti-pazienti (ma anche nei clienti-famiglie, nei clienti-operatori). In realtà, dietro questa apparente semplicità, si nasconde uno dei concetti più complessi e inafferrabili della “scienza delle Istituzioni di Cura”, una sorta di oggetto misterioso e ineffabile che nessuno sa compiutamente definire ed osservare, ma che tutti individuano come la chiave di accesso per la comprensione dell’efficacia terapeutica di un’Istituzione. Si tratta di un concetto “ecologico”, legato ad una

fenomenologia complessa: interattiva, ma anche impersonale, soggettiva ed oggettiva, individuale e gruppale. Potremmo, parafrasando E. Morin, definire il clima terapeutico come il *rumore* tipico prodotto dai sistemi ipercomplessi, relativo alla particolare configurazione del contesto istituzionale Comunità, l'elemento di scarto che però ci fornisce quelle informazioni necessarie per comprendere la natura autorganizzante del sistema (Morin, 1973). Ma nello stesso momento in cui si tenta di coglierlo, con gli strumenti a nostra disposizione, esso svanisce. Probabilmente uno dei motivi della difficile visualizzazione e sistematizzazione del concetto di *clima terapeutico* dipende dal nesso che esiste, secondo la nostra esperienza, tra esso e il sistema fondativo, sotteso, di valori.

Ben consapevoli dei limiti oggettivi della ricerca sul clima crediamo che sia comunque possibile avanzare delle ipotesi riguardo la sua rilevazione utilizzando modelli ermeneutici "deboli". Innanzitutto si tratta di una rilevazione "ecologica", la quale può essere effettuata un po' dappertutto (riunioni di équipe, supervisioni, spazi terapeutici formalizzati, rapporti col territorio, etc.), ma ci sono dei luoghi in cui la rilevazione è più significativa. Ci riferiamo al concetto di *spazio interstiziale* dell'istituzione così come è stato definito da Roussillon<sup>8</sup>. Quindi, la rilevazione della qualità dell'aria di un'istituzione è consigliabile farla nei suoi "sottoscala" o nei suoi "corridoi", cioè nei suoi momenti non strutturati, vuoti, durante gli scambi spontanei, non attesi e contingenti; tali momenti dal punto di

---

<sup>8</sup> Secondo R. Roussillon esistono nelle istituzioni degli *spazi-tempo interstiziali* di passaggio che godono dello statuto di extraterritorialità rispetto a quelli strutturati, che sono "*luoghi di precipitazione fantasmatica*" dell'istituzione stessa. Tali luoghi possono svolgere alternativamente azione di *co-appoggio* della vita istituzionale diventando moltiplicatori ed elaboratori delle vicende latenti (*funzione di ripresa*), o viceversa possono svolgere un'azione di scissione e segregazione degli stessi momenti latenti (*il deposito o la cripta*) incrinando e minacciando la vita dell'istituzione (Roussillon R., 1991).

vista temporale-quantitativo sono piuttosto ingenti nella vita di ogni istituzione. Se invece consideriamo il parametro qualitativo vanno tenute presenti: le modalità di relazione in tali momenti, le qualità sensoriali, emotive ed affettive, ma anche i contenuti, le trame prevalenti interpersonali e soprattutto impersonali, appartenenti alle diverse sfumature “climatiche” (conflittualità-tensione-rabbia, apatia-noia, ansia, ossessione-stereotipia, confusione-maniacalità, manipolazione-erotizzazione, onirico, ludico-transizionale, etc.) (D’Elia, 1998a).

Se partiamo dall’idea che ciò che “passa”, in termini di buon clima e di convivialità, nella quotidianità più interstiziale e più informale della vita di un sistema di cura sia l’aspetto più qualificante di esso, e che questo dipenda in massima parte dalla cultura del gruppo fondatore e dell’evoluzione di tale cultura, la nostra attenzione a questo aspetto della cura diventerà quindi particolarmente elevata.

Queste notazioni corrispondono, per quanto ci riguarda, ad una revisione del concetto tradizionale di setting terapeutico secondo cui gli elementi organizzatori della mente gruppale dell’equipe (la sua configurazione antropologica e dinamica) informano i processi terapeutici degli ospiti attraverso determinate *fantasie anticipatorie* del gruppo degli operatori che riguardano l’intero spettro della relazionalità quotidiana: dal modo in cui si gestiscono le faccende più spicciole al modo in cui ci si rivolge al singolo paziente in un qualunque momento della vita istituzionale; dal modo in cui si gestiscono le *regole di convivenza* al modo in cui si gestiscono le *regole “terapeutiche”* per il singolo paziente e per il gruppo. Le *fantasie anticipatorie* degli operatori intenzionano la quotidianità, segnano i traccianti e le linee-guida, intorno a cui si organizza la mente gruppale complessiva, ma intorno a cui si organizzano anche le attività pratiche e le iniziative. Esse sono gli infiniti pensieri e riflessioni che gli operatori fanno intorno al modo in cui essi stessi stanno lavorando. Diventa possibile così modificare, nel corso del tempo, gli scambi (emotivi, relazionali, comportamentali) che gli operatori in-

trattengono con un singolo paziente inizialmente ritenuto ingestibile e “intollerabile” (se pensiamo allo spettro borderline), o con un paziente ritenuto evanescente e inavvicinabile (se pensiamo al ritiro psicotico). Non sono dunque più sufficienti i concetti-quali “autenticità”, “spontaneità” e “calore”, che per la loro genericità si prestano a svariate manipolazioni.

Emerge una concezione di setting che si articola intorno all’*interdipendenza* e alla *dialettica* tra “*struttura*” e “*processo*”.

Il setting come “*struttura*”, in quanto assetto stabile e contesto definitorio (assetto mentale del sistema curante e della situazione di regole, contratti e procedure), permette che emergano come fenomeni mentali tutti gli aspetti spazio-temporali, la scansione organizzativa, la cura dei particolari, la partecipazione alle attività.

Il setting come “*processo*”, in quanto costruzione di un campo mentale-relazionale tra sistema curante e gruppo degli ospiti, sviluppa una sua specifica dinamica elaborativa e narrativa per la ricerca di nuove strategie personali e sociali. Il *processo* è dunque la struttura narrativa del sistema di cura (che produce senso) attraverso cui passano i nuovi racconti e i nuovi valori alternativi alla patologia. Tale interdipendenza trova il suo focus nella <cultura della Comunità> in quanto matrice di sintesi tra ciò che è stabile e ciò che è in divenire. In altri termini, il clima terapeutico è funzione della capacità degli operatori di allestire strutturalmente *spazi-tempo*, ovverosia, “*occasioni*” talmente flessibili da attivare relazioni e processi narrativi secondo modalità tese a mobilitare i nuclei della patologia. Queste modalità sono, generalmente, ***modalità ludico-transizionali***, qui intese come *buona gestione della dimensione tragica dell’umana esistenza*. L’osservatorio privilegiato di rilevazione e verifica della bontà del lavoro svolto è *l’universo interstiziale* del sistema di cura nello svolgimento quotidiano della vita.

➤ L’indicatore di qualità più immediato è proprio il clima che si respira in un sistema di cura durante un qualunque frammento di vita, o durante un momento di lavoro, o durante un momento di

passaggio qualunque (magari di noia o di tensione) nel corso della giornata.

- Un secondo indicatore è la verifica di ciò che si è fatto in termini di “azioni”, “iniziative”, “spazi nuovi”: il clima di un sistema di cura è dunque *progettualità*, inteso qui nel suo senso etimologico di “proicere”, cioè portare avanti, portare fuori, lanciare l’idea. In altri termini, l’indicatore di qualità “climatica” è **quanto i vari clienti del sistema di cura individuano e riconoscono esso come un buon posto dove investire in progetti personali.**

Una vita quotidiana “sufficientemente buona” riguardante il gruppo degli ospiti, inteso come sistema a sé (quindi non solo negli scambi col gruppo dell’*équipe*), costituisce il principale parametro di valutazione che gli stessi fruitori riferiscono come “soddisfazione del servizio”. In questo senso, il contenitore istituzionale-organizzativo, dal punto di vista strutturale, diventa quasi un’occasione incidentale affinché siano promossi “buoni scambi” tra gli ospiti tra di loro e tra gli ospiti ed il mondo sociale.

La nostra attenzione, in quanto promotori di un clima vivibile, deve certamente partire dagli aspetti strutturali, intesi qui come sincronizzatori gruppali della vita quotidiana: le funzioni di regolazione e scansione del tempo e degli spazi; l’attenzione alle piccole-grandi cose della vita pratica come la cura di sé e degli spazi personali e comuni; una presenza “leggera” e comunque attenta degli operatori. Ma occorre anche imparare a riconoscere il rapporto tra intenzionamenti dell’*équipe* e le conseguenze che tali intenzionamenti producono nei percorsi terapeutici degli ospiti e nelle loro modalità, sviluppando una specifica competenza osservativa riguardo gli spazi interstiziali. Ci sono pazienti che occupano gli spazi interstiziali con modalità rigide e ripetitive come l’isolamento nella propria camera, la regressione nel sonno, oppure con l’usuale visita al bar; oppure con comportamenti compulsivi come il fumo eccessivo, l’assunzione smodata di cibo; oppure con rituali autistici od osses-

sivi. Altri pazienti che invece tendono ad invadere ogni angolo del proprio ambiente (fisico e umano) con malumore e aggressività, con una soglia bassissima alle frustrazioni, con un bisogno totalizzante di attenzioni, con un vissuto di abbandono pervasivo tale da vivere come eccezionalmente traumatico ogni cambiamento ed ogni forma di separazione.

È possibile però, secondo la nostra esperienza, che gli stessi pazienti, nel tempo, riescano ad impiegare i loro momenti interstiziali con modalità diverse da quelle descritte, ricercando un contatto ed una comunicazione più evolute con compagni e operatori, riuscendo poi a relazionarsi con se stessi in soluzioni più creative (fruizione di arte, musica, letteratura, scrittura, cinema, attività sportive o ricreative) anche dal punto di vista lavorativo-formativo (scuola, corsi di formazioni, pratica lavorativa). Il rapporto col tempo, con tutte le possibili sfumature nei vissuti soggettivi, assume dunque importanza centrale nel determinare l'autogestione del *qui ed ora* di ciascuno, nella misura in cui il vissuto del tempo rappresenta l'interfaccia nel rapporto tra individuo e realtà.

Diventa discriminante dunque il processo di significazione che l'individuo ed il gruppo sono in grado di svolgere relativamente ai momenti interstiziali. Tale processo di significazione è strettamente correlato al clima istituzionale generale e al sistema valoriale di fondo che ogni struttura possiede. Tutto ciò va a determinare la "*matrice terapeutica della convivenza*", la qualità dello stare assieme costruito attraverso l'incontro delle storie personali ed attraverso un fare-insieme pensato ed arricchito di senso.

### 3. IL LAVORO CON LE RETI NATURALI: la Famiglia e il Campo Mentale del Familiare

La Comunità Terapeutica è un'agenzia sociale che si muove, per quanto riguarda la prassi, nell'ordine dell'inclusività e della complementarietà nei confronti degli altri attori della scena. Essa interviene, come abbiamo detto, nella vita di un paziente, non solo come

ulteriore articolazione di precedenti tentativi terapeutici faticosi e improduttivi, ma soprattutto come articolazione della sua vita relazionale; s'inserisce dunque all'interno di una trama "naturale" già profondamente solcata. Impensabile quindi prescindere dall'inclusione della famiglia come atto preliminare ad ogni approccio terapeutico.

### *3.1 Il territorio familiare: ambientazione, appartenenza, identità*

Non è pensabile, al giorno d'oggi, concepire i transiti sui confini senza chiedersi quali siano le caratteristiche dei territori esistenziali e mentali che si connettono sull'interface. I pazienti gravi sono tali in quanto non possono abitare una molteplicità di ambientazioni sociali e devono quindi ripiegare progressivamente nell'unica e ultima ambientazione possibile: la famiglia (Pontalti, 2002). Esistere nelle relazioni familiari, comunque esse siano, è l'ancoraggio estremo del sentimento di identità. Bisogna forse essere ancora più rigorosi: la matrice familiare, quale matrice gruppale spazializzata nella storia (Scabini *et al.*, 2000), rimane l'unica mappa di senso, forse ridotta a tracce essenziali ma pur sempre viventi anche nell'apparente devitalizzazione stereotipata. Il dramma della malattia riassume in sé percorsi misteriosi di devianza nel passaggio delle generazioni ma contemporaneamente li genera in un intreccio inestricabile dove ogni logica lineare di causa ed effetto non è che il bisogno angosciato di cercare nessi inesistenti, cioè altri colpevoli, altri malati, altri delinquenti. I paradigmi interpretativi dei saperi psicologici sono fondati spesso su tali presupposizioni lineari. La trappola che viene così costruita e dentro cui si imprigionano i familiari è complessa in quanto l'intreccio di cui sopra va a configurare un campo collettivo patogeno e patologico. Sembra quindi ovvio e consequenziale pensare che il bene del paziente consiste nell'allontanamento da una palude mefitica verso nuove territorialità ritenute a priori più sane e risananti. Se riflettiamo tutta-

via, come nelle pagine precedenti, sulla costitutività dell'esperienza di appartenenza quale significante che rende possibile l'esplorazione di nuovi territori dell'esistere, dobbiamo comprendere quanto l'evoluzione della mente dei pazienti non può che avvenire tramite la fatica di un **accoppiamento simbolopoietico** tra due appartenenze: quella della antica storia del Familiare<sup>9</sup> e quella della nuova storia del territorio terapeutico. Questa funzione è essenziale nelle patologie gravi sia che si tratti di una relazione terapeutica non residenziale sia, e a maggior ragione, qualora si tratti di una relazione terapeutica spazializzata nella residenzialità. Sradicare il paziente dal <Corpo della sua matrice familiare> (Cigoli, 1992) per immetterlo nella <fisicità di un Corpo Comunitario> diviene operazione chirurgica dissociante che taglia sulla carne viva del sentimento di identità (Pontalti, 1997). Si comprendono quindi le conseguenze più abituali: o la fuga del paziente o la sua cronicizzazione in un territorio che non si apre a *passaggi* verso nuove competenze mentali per il vivere ma che rimane per sempre nel circuito della gestione psichiatrica. Si può illuminare quindi il dato inquietante emerso dalla più completa indagine epidemiologica sulle Strutture Residenziali completata nel 2003 dall'Istituto Superiore di Sanità. L'analisi della mobilità dei pazienti in 5000 strutture nei precedenti tre anni indica un tasso di permanenza del 97%. Non male quanto a manicomialità!

Il costrutto *accoppiamento simbolopoietico* merita un approfondimento. Generare un simbolo significa rendere usufruibile dalla mente un nuovo sapere psichico. Ciò avviene in quanto due esperienze si sono in parte sovrapposte: ognuna ha in sé quel tanto di noto e quel tanto di ignoto da renderle reciprocamente assimilabili senza che la forza estraniante dell'ignoto forzi strutturazioni persecutorie. Perché ciò avvenga occorre che le due esperienze siano coesistenti entro una matrice sociale che ne garantisca la processualità dinamica. Occorre quindi, sempre una organizzazione istituzionale a

---

<sup>9</sup> Usiamo il costrutto *Il Familiare* nella fondamentale accezione sviluppata da Eugenia Scabini e Vittorio Cigoli nel libro già citato

matrice gruppale che sia garante del progressivo avvicinamento dei campi esperienziale. E' evidente che tale organizzazione è, in primis, la famiglia intesa come campo gruppale istituzionale, ancor più che come territorio di relazioni privilegiate, tipo l'enfasi incongrua posta sulla relazione madre-bambino (Pontalti *et all.*,1985). Nel percorrere le tappe dello sviluppo molte altre agenzie continuano a porsi con tale funzione: la famiglia allargata, l'asilo, la scuola, le gruppalità sociali, il lavoro, il matrimonio,.. e così via. Questa funzione triadica, quindi, di accoppiamento simbolopoietico, accompagna tutta la vita e non è mai radicata una volta per tutte.

Ancora ci permettiamo di ripetere che la psicopatologia grave non è che il venir meno della capacità della mente ma anche di un gruppo sociale di usufruire di tale funzione: si arresta la costruzione simbolica della mente e la vita diviene non vivibile. Nell'intreccio drammatico tra storie familiari antiche e patologia in atto la matrice della processualità simbolopoietica sopra descritta ritorna alle sue origini: ancora una volta i due territori in potenziale interface diventano, come nella tenera età, la famiglia ed il sociale non familiare. Delicatissima diviene in questa configurazione, la nostra responsabilità professionale. Se ci poniamo in contrapposizione con il campo mentale familiare lesioniamo profondamente proprio quella funzione triadica che dovremmo restaurare, la lesioniamo nella mente del paziente e nella mente dei familiari (Pontalti, 2000). Molte interruzioni dei percorsi di cura con adolescenti e giovani adulti sono da imputare a questo nostro assetto teorico e procedurale. Siamo quindi noi che dobbiamo impostare il campo terapeutico in modo che siamo lentamente percepiti come persone garanti dei confini e dei transiti tra le due matrici in cerca di nuovi accoppiamenti simbolopoietici. Si tratta di generare una nuova matrice mentale di interconnessione che ci renda familiari al Familiare e renda familiare al Familiare il campo mentale terapeutico per cui nella mente di tutti, operatori, familiari, paziente si costituisca la competenza psichica di una nuova organizzazione neotenuca (Pontalti, 1994). Ognuno diviene quindi fondatore di una nuova cultura con

cui faticosamente è chiamato a confrontarsi generando nuovi costrutti relazionali che mobilizzano le matrici sature di pensiero e comportamento verso quella insaturazione che permette nuovi saperi simbolici e nuove competenze comportamentali (Pontalti *et all.*,1995).

Possiamo quindi proporre una diversa concezione di Comunità Terapeutica. La Comunità Terapeutica è una Istituzione sovradeterminata (un Insieme) che organizza un campo mentale e procedurale composto da due sottoinsiemi equifinalistici: l'organizzazione Comunità con i suoi sottoinsiemi e l'organizzazione Famiglia con i suoi sottoinsiemi. Il lungo lavoro terapeutico ha quindi l'obiettivo di co-costruire una unica matrice gruppale dinamica che possa porsi come fondazione condivisa delle future progettualità di vita per il paziente, garanzia concorde di *passaggi* possibili fuori dalla cronicità (Pontalti,1999). E' possibile rappresentarsi visivamente un unico setting gruppale che pur nella dislocazione di ambientazioni fisiche diverse (case, paesi, luoghi) sia concettualizzabile, concepibile, pensabile e gestito dagli operatori quali professionisti la cui mission sia esattamente quella descritta? Questa è stata comunque la bussola che faticosamente, da molti anni, guida e sfida la Comunità "Passaggi" pur nella complessa gestione del quotidiano comunitario.

Di seguito indichiamo le procedure coerenti con gli assunti esposti.

### *3.2 Famiglia, paziente, Comunità Terapeutica*

Nella Comunità Terapeutica "Passaggi" i pazienti vengono accolti in forma residenziale dopo un periodo di osservazioni, frequentazioni e conoscenza reciproca variabilmente lungo, così suddiviso:

1. Viene invitata la famiglia che fa richiesta d'ingresso alla C.T. (ospite incluso) a 1-2 colloqui preliminari nei quali l'intento esplicito è quello di raccogliere la storia familiare e di calibrare le aspettative nella direzione più realistica; contestualmente avviene un colloquio psichiatrico; si formula quindi una

prima valutazione circa la fattibilità di un progetto terapeutico, valutando la compatibilità della situazione del paziente in relazione alle risorse della C.T..

2. Successivamente un operatore viene scelto per effettuare alcune visite domiciliari presso l'abitazione del candidato residente allo scopo di osservare direttamente il suo ambiente socio-familiare di provenienza; intanto si comincia a ragionare con lui intorno a varie faccende: ipotesi progettuali, separazione da casa, ambientamento e consuetudini della C.T., etc.
3. Il candidato residente viene poi invitato a trascorrere alcune mezze giornate in C.T. in modo da accostarsi lentamente al nuovo ambiente e contestualmente ciò permette al gruppo residenti/operatori di conoscerlo e accettarlo; se queste fasi hanno esito positivo...
4. ...Si invita il candidato residente a trascorrere una giornata intera con la notte; in tutti questi passaggi la famiglia continua ad essere presente e ad incontrare i referenti della C.T., e se il paziente si sente pronto e dà il suo consenso farà di lì a poco ingresso in C.T.,
5. Vengono decise, in fase contrattuale iniziale, con la famiglia:
  - a) una periodicità di incontri familiari in C.T. (circa mensile);
  - b) una periodicità di brevi ritorni programmati dell'ospite presso la famiglia durante weekend o feste o qualora ciò sembri comunque opportuno per gestire sentimenti di sradicamento troppo laceranti.

Come si deduce da questa procedura (assolutamente orientativa e non rigida), ogni passaggio garantisce la continuità dell'evento successivo fino a quando i due territori psichici, famiglia-C.T., possono trovare un'area di connessione o tentare di farlo.

Nella nostra esperienza abbiamo imparato che tutti i cambiamenti di un paziente avvengono se viene coinvolto il campo mentale familiare nei processi in corso. Spesso sono proprio i mutamenti del campo mentale familiare ad aprire inaspettati scenari, ed in alcuni momenti topici questo è il *focus* privilegiato dell'intervento.

Il setting degli incontri periodici con i familiari, una volta che il paziente abbia fatto ingresso in C.T., non è orientato nel senso di una “terapia familiare” (non ha luogo nessun intento curativo dal momento che in genere non avviene una domanda di cura dei familiari, né c’è volontà di evocarla), bensì nel senso della semplice ricerca di elementi della storia-cultura familiare, e anche dell’attualità, ostacolanti i processi di cambiamento dei membri della famiglia. A questo contribuisce fattivamente l’osservazione intensiva dell’ospite all’interno della C.T.: infatti è presente agli incontri l’operatore referente, portatore della quotidianità. I genitori, e familiari in genere, sono dunque intesi come risorse imperdibili, non certo come ostacoli o peggio come agenti causali e colpevoli di malattia. In altre parole i familiari sono pensati ed intenzionati di una funzione terapeutica decisiva (Neri *et al.*,2004)<sup>10</sup>.

### 3.3 *Due storie che narrano la teoresi.*

Apriamo ora due finestre cliniche (le stesse situazioni anticipate brevemente in precedenza) che ci consentano di osservare gli ulteriori passaggi che il coinvolgimento attivo dei familiari è in grado di promuovere nei percorsi terapeutici degli ospiti di C.T.. Osserviamo quindi, attraverso queste due storie cliniche, la modalità in cui due campi psichici in partenza lontanissimi, come quello familiare e quello terapeutico della C.T., riescano in alcuni momenti a sovrapporsi nella mente del paziente e a collaborare.

---

<sup>10</sup> L’opera citata si pone, a nostro parere, come importante rottura epistemologica in psicoanalisi infantile e dell’adolescente. Gli autori dei saggi contenuti nel volume sono tutti membri della SPI ed eminenti studiosi e clinici della psicoanalisi dell’età evolutiva. Il titolo dell’opera è in sé ikonico: “Uno spazio per i genitori”. Lo sforzo euristico e procedurale è nella stessa direzione che abbiamo cercato di argomentare nel presente lavoro.

## **Paulo**

*La storia di Paulo è una storia di un'adozione che ad un certo punto mostra dei gravi problemi.*

*Due fratelli, Paulo e Gerson, 7 e 8 anni, vengono adottati da una famiglia campana a seguito di un viaggio dei genitori in Brasile finalizzato a tal proposito, dopo un mese di frequentazioni. Ai due bambini, figli di una numerosa famiglia molto disagiata delle favelas di una metropoli, ospiti temporanei di un istituto religioso, non viene permesso di salutare fratelli e genitori e viene detto in giornata che sarebbero dovuti partire per l'Italia.*

*Paulo (che entra in C.T. quando ha 20 anni) ricorda, negli incontri individuali e familiari, che la sua famiglia poverissima era stata spesso minacciata, oltre che dalle condizioni di degrado e di fame, anche dalla violenza di squadre di teppisti, ma anche dalla polizia locale, spesso presente per separare i figli dai genitori evidentemente considerati incapaci di assolvere ai loro doveri.*

*Venuti in Italia, i due fratellini sembrano cominciare una nuova vita, i genitori Anna e Giorgio, lei insegnante, lui impiegato, fanno di tutto per permettere ai due bimbi di lasciarsi alle spalle il doloroso passato e dimenticare i disagi, ed hanno ragione perché i due fratellini stanno visibilmente meglio e sono grati verso di loro.*

*Ma in questa operazione traducono incolpevolmente il prevalente codice esclusivo delle istituzioni adottive e della mentalità corrente che tende a seppellire il più in fretta possibile tutto ciò che produce una certa fatica emotiva. In questa operazione finiscono per includere e travolgere, caso davvero curioso, altre due sorelline di Paulo e Gerson, adottate al loro volta, guarda caso, da una famiglia di un paese vicino al loro. Sia questa famiglia adottiva, sia quella di Paulo e Gerson, impediranno la frequentazione delle rispettive coppie di fratelli.*

*In adolescenza i primi problemi legati all'uso di droghe leggere e alcol, poi alcune vicende legate a certe promiscuità sessuali e alla questione dell'identità di genere piuttosto mobile e confusa, poi an-*

*cora i primi problemi francamente psichiatrici con ricoveri e note trafite.*

*Paulo i primi giorni in C.T. trascorre interamente le sue giornate a piangere, saturando di richieste gli operatori e scivolando a volte in comportamenti reattivi e violenti con ospiti e operatori. Col passare del tempo, si evidenzia un maggiore controllo dell'impulsività aggressiva, ma emergono con forza problematiche legate a forme di ipocondria psicotica. Paulo quasi ogni giorno, per un periodo di oltre tre mesi, viene visitato da medici, oppure è ricoverato in ospedale per supposte e disparate emergenze mediche: un collaudatissimo repertorio ipocondriaco che pone in allarme tutti, ma che l'équipe coglie come un'evidente difficoltà di Paulo di accedere a livelli simbolici del proprio malessere. Bisogna tenere presente che queste forme di manifestazione del malessere sono anche legate al background culturale dal quale il paziente proviene, nel quale eventi mentali prendono tipicamente una forma somatica. Come fanno gli etnopsichiatri è difficile la diagnosi differenziale tra somatizzazione e rappresentazione delirante. Nonostante questi eccessi e nonostante le frequenti richieste di aiuto verso l'esterno (medici, psichiatri, carabinieri, persone del territorio), l'équipe riesce ad accogliere il paziente.*

*Nello spazio degli incontri familiari Paulo comincia ad affrontare con i genitori alcuni nodi problematici relativi alle proprie appartenenze, ai timori connessi alla perdita dei rapporti familiari, ma anche al rapporto con suo fratello, Gerson, con il quale vi è sempre stato un fortissimo legame, ma che sembra in crisi da quando Paulo sta male (Gerson sembra non accettare l'idea di avere un fratello che ha dei problemi, ma anche lui non è esente da seri problemi tossicofilici solo superficialmente contenuti e nascosti).*

*I genitori sono terrorizzati, e dunque psicologicamente ricattati, dall'eventualità che Paulo rinneghi l'adozione e torni in Brasile: essi non possono tollerare che il figlio pensi al Brasile come alternativa a loro o solamente come ritorno occasionale. Questa sequenza di fatti sembra essere molto comune nelle storie di adozione:*

*l'adolescente parte confusamente alla ricerca delle proprie origini, o annuncia di farlo, procurando nei genitori una levata di scudi ed un allarme proporzionale al loro tentativo di trattenere.*

*Paulo, dal canto suo, è inizialmente un "campione" di scissione e proiezione: divide il mondo in buoni e cattivi investendo ora sugli uni ora sugli altri le diverse parti; ora il Brasile diventa indicibile e intollerabile e quindi da rifiutare, ora è la sua famiglia adottiva ad essere "cattiva" e da rigettare ed il Brasile diventa la terra promessa; lo stesso accade con i referenti della C.T.. La storia di Paulo era infatti paradigmatica in merito alla scissione tra dimensioni temporali (il vecchio ed il nuovo, il prima e il dopo) e dimensioni mentali (Brasile e Italia, fratelli e sorelle).*

*La virulenza di tale dinamica troverà requie solo allorquando il lavoro con il contesto familiare, contestualmente a quello individuale e gruppale della C.T., costruirà nel tempo un campo mentale comune e riflessivo tra C.T., famiglia e paziente sul senso della storia pre-adottiva di Paulo e sul modo migliore di gestire la doppia identità/appartenenza di Paulo, tra il Brasile e l'Italia in maniera integrativa e non separativa.*

*Col tempo la possibilità di rivisitare, non solo fantasmaticamente ma anche concretamente, i luoghi dell'infanzia, di ritrovare in Brasile i fratelli maggiori e i genitori naturali (ma anche il Brasile che è in Italia con le sorelle minori adottate nel paese vicino), assumerà prima nella mente di Paulo, poi anche nei genitori, una valenza prospettica positiva e fattiva. Anna e Giorgio, compresa l'importanza di questa prospettiva e compreso che questo è in realtà il modo migliore per conservare il rapporto con Paulo, non si oppongono più come agli inizi all'eventualità di un viaggio in Brasile, anzi si propongono di accompagnare Paulo, e questo produce immediatamente in lui una remissione improvvisa del corteo sintomatologico presentato durante i primi mesi in C.T. ed un inedito acquietamento.*

*Questi passaggi non sono ovviamente così piani e lineari come viene raccontato qui, ma attraversano momenti critici e drammatici, come*

*l'episodio della fuga al Consolato Brasiliano a Roma descritto all'inizio di questo lavoro e molti altri ancora. Non solo, l'uscita di Paulo dalla C.T. è stata inopinatamente burrascosa e improvvisa, facendo pensare che il lavoro con lui fosse stato interrotto troppo presto dopo solo un anno dal suo ingresso.*

*Invece l'esito di questo caso ha sorpreso tutti: Paulo, una volta uscito dalla C.T., ha provato prima a lavorare presso una sua zia al nord Italia, poi ha intrapreso la carriera militare, vincendo un concorso e superando la selezione. È tornato a trovarci in C.T. dimostrando gratitudine per il percorso svolto, ma soprattutto mostrando un assetto psicologico nuovo e positivo.*

### **Donatella**

*La vicenda umana di Donatella, come del resto quella di Paulo, ha impegnato l'équipe di C.T. da molti punti di vista per oltre un anno e mezzo. Donatella è molto giovane non ha nemmeno 18 anni quando entra in C.T.*

*Al suo ingresso Donatella presenta una serie di indicatori diagnostici tipici del Disturbo Borderline di Personalità con aspetti psicopatici: frequenti momenti di confusione, tendenza all'agito, forti momenti dissociativi (depersonalizzazione), tendenza ad atti autolesivi e suicidari, discontrollo degli impulsi nella sfera sessuale, etc. Dopo 6 mesi dall'ingresso, e dopo aver dato ampia dimostrazione del suo "repertorio" (mettendo a dura prova l'équipe), Donatella decide coraggiosamente di uscire allo scoperto e di raccontare per la prima volta la sua storia di reiterati abusi infantili subiti da uno zio, morto cinque anni prima, fino ad allora adorato come un idolo (riguardo il coinvolgimento del nonno, Donatella si svelerà solo alcuni mesi dopo).*

*La famiglia di Donatella, proveniente da un paesino della Puglia, è composta al momento dell'ingresso della figlia da Filippo e Luisa, la coppia coniugale, entrambi poco più che quarantenni, Clara di 13 anni. Il padre fa il rappresentante, la madre è casalinga.*

*Filippo e Luisa sono cugini di primo grado ed hanno, curiosamente, una medesima storia di adozione: infatti, entrambi vengono adottati legalmente da differenti zii senza figli quando hanno circa 7-8 anni. L'ingerenza delle rispettive famiglie adottive ha rappresentato da sempre un problema per entrambi, soprattutto per ciò che riguarda gli incessanti bisogni di cure e attenzioni provenienti dagli anziani genitori adottivi, tali da impegnare le energie ed il tempo dei coniugi distogliendoli dalla propria famiglia (i genitori di Filippo sono da alcuni anni deceduti, ed anche loro hanno avuto bisogno costante di assistenza per molto tempo, mentre quelli di Luisa sono viventi: la madre soffre di Alzheimer, il padre di problemi cardiaci). Una vera e propria situazione di sudditanza sacrificale verso i genitori adottivi che ha lasciato poco spazio all'autonomia della nuova famiglia. Filippo e Lucia sembrano non avere alcun diritto di cittadinanza in quanto genitori perché schiacciati totalmente da precedenti e prevalenti doveri familiari, appaiono spauriti, esitanti, depotenziati, sempre in difesa.*

*L'immagine che emerge da questa particolare configurazione è quella di una struttura familiare endogamica<sup>11</sup> per la quale l'adozione*

---

<sup>11</sup> Mutuiamo il concetto di **endogamia** da altre discipline confinanti, antropologia e sociologia che definiscono l'endogamia come l'orientamento a contrarre unioni fra appartenenti allo stesso gruppo etnico, sociale o familiare, mentre dal punto di vista psicodinamico l'endogamia si traduce in *una tendenza conservatrice della psiche maturata in alcune culture familiari, e trasmessa alle generazioni successive, ad individuare all'interno del territorio psichico della stessa famiglia tutte le risorse atte ad assolvere alla maggior parte dei bisogni affettivi e relazionali, ma anche ai bisogni di sicurezza, di sussistenza, normativi, valoriali*. Nelle mentalità endogamiche la famiglia di origine, oltre a diventare pressoché l'unica fonte affettiva, diventa anche una *fonte legislativa assoluta*, cioè autonoma dai codici culturali della società, una sorta di stato indipendente nel quale vigono leggi autoctone situate a volte molto lontano dalle consuetudini valoriali condivise. In tali mentalità si massimizza il principio di *appartenenza* - fino a farlo diventare un vero e proprio sentimento di **proprietà** - tra i membri della famiglia (estendibile ad una "cerchia" familistica) come elemento di esclusività.

*rappresenta una forma di “possesso”, di “proprietà” e di sfruttamento dei figli adottati.*

*Subito dopo la nascita della secondogenita Clara, Donatella accusa un ulteriore calo di attenzione da parte dei genitori: il padre è spesso via per motivi lavorativi (vi è anche una crisi economica che rende ancor più dipendente la famiglia dai genitori adottivi), la madre è divisa tra la cura dei genitori e la bimba piccola. Cosicché Donatella si rivolge alla famiglia della zia materna e al nonno materno in cerca di attenzioni. È qui che cominciano i problemi a carico di Donatella. Prima e soprattutto lo zio acquisito e successivamente anche il nonno materno pervertono la richiesta di affetto della piccola proponendole una modalità di relazione sessualizzata, abusante e ricattatoria.*

*Donatella bambina (ha circa 6 anni) non è ovviamente in grado né di ribellarsi, né di esprimere, se non in modo confuso, il proprio disagio ai genitori, i quali non riescono a coglierlo o a sospettare di nulla. Gli abusi intanto proseguono fino ai 13, fino cioè alla morte dello zio abusante. Da qui in poi l'adolescenza di Donatella appare segnata da queste vicende e dalle conseguenze sulla sua personalità.*

*Il pervasivo codice endogamico entrerà prepotentemente sulla scena terapeutica sia attraverso i racconti, le rappresentazioni e i comportamenti di Donatella in C.T., spesso all'insegna di una drammaticità frutto della lacerazione del patto endogamico prodotta nella Comunità, sia attraverso le titaniche difficoltà dei genitori di “schierarsi” fino in fondo e stabilmente dalla parte della figlia durante i periodici incontri. Troppo forti e prevalenti per entrambi i genitori i sentimenti di doverosa lealtà verso la famiglia adottiva, ma anche i sentimenti di vergogna sociale.*

---

*In sintesi, l'endogamia psichica comporta un veto al comportamento esplorativo, una chiusura affettiva e una tendenza al disadattamento sociale a favore dell'exasperazione del "legame" familistico a scapito della "relazione".*

*In situazioni come queste i dispositivi terapeutici, per quanto articolati ed incisivi, stanno sempre un passo indietro rispetto alla potenza “psicotizzante” del codice endogamico radicale che ovviamente tende a sottrarsi ad ogni contaminazione e cambiamento riaffermando se stesso all’infinito.*

*Solo in un momento del percorso, a dispetto della vergogna, dell’incredulità e delle difficoltà emotive connesse alle vicende della figlia, quando ancora il coinvolgimento del nonno non era noto, i genitori sembrano per un attimo assumere intimamente il dolore subito dalla figlia e prendono le sue parti svelando alla vedova dell’abusante, sorella della madre, i fatti accaduti. A seguito di questa variazione sulla scacchiera, si produce in Donatella, nei mesi successivi, una rapida remissione di molti aspetti psicopatologici (quelli dissociativi, quelli autolesivi e gli eccessi d’impulsività), si ristabilisce l’antica alleanza tra figlia e genitori e Donatella sembra, per un periodo abbastanza prolungato, godere di una “libertà interiore” mai sperimentata in precedenza. Per la prima volta Donatella non è più agli occhi dei genitori soltanto la “pazza scatenata” o la “cattiva”, ma la vittima (come loro stessi del resto) di un sistema familiare realmente invivibile.*

*Il nostro intervento, nella direzione della difesa ad oltranza della dignità familiare (la famiglia nuova) e degli interessi primari di Donatella, aveva per un attimo rotto un copione che tendeva inerzialmente a produrre schiavitù, disadattamento e follia. Per un momento i campi psichici familiare e terapeutico convergono alleati verso un unico obiettivo.*

*Purtroppo, però questo nuovo equilibrio, evidentemente instabile, era destinato a non durare troppo, anche perché le novità di Donatella sembravano non finire mai: un altro “sciame sismico” attraverserà la sua vita in C.T. e in famiglia allorché viene a galla il coinvolgimento del nonno adottivo, ancora vivente e particolarmente presente con la sua modalità tirannica. I suoi genitori che speravano di chiudere nel minor tempo possibile la faccenda eludendo lo sguardo sociale, ora sono profondamente in crisi perché si vedono*

*costretti ad affrontare una persona vivente con la quale hanno un rapporto di sudditanza.*

*Donatella, decide ad un certo punto di affrontare da sola il nonno in un incontro di chiarimento, mentre la mamma aspetta fuori la porta, nella consapevolezza che i suoi genitori non sono oramai più in grado di rappresentarla e che l'équipe di C.T. non è più in grado di svolgere alcuna mediazione possibile senza l'alleanza forte dei genitori. Su tale consapevolezza Donatella decide serenamente di lasciare la C.T. e di tornarsene a casa, quasi rassegnata per l'impossibilità dei suoi genitori di alzare la testa, ma assolutamente non doma.*

*Tenterà di entrare in un'altra Comunità, per potersi sperimentare in altre gruppalità, ma questo inserimento non avrà buon fine.*

*Donatella è colei che nella sua famiglia ha scoperchiato la pentola delle vergogne, ma in questa operazione d'innovazione culturale si è ritrovata da sola, dovendo in seguito frenare in merito alle nuove idee che andava acquisendo dentro di sé: il distacco dalla cultura del sentirsi devota proprietà di un parente adulto (destino questo anche dei suoi genitori); il distacco dall'ipocrisia perbenista; il distacco dalla mentalità omertosa; il distacco da una mentalità chiusa e autoreferenziale. In questo senso Donatella è la vera "terapeuta" della sua famiglia, ma come tutti i profeti in patria, rischia di essere dichiarata pazza.*

*In altre epoche, pienamente contadine, probabilmente una ragazza con la vicenda di Donatella sarebbe stata una delle tantissime fanciulle usate come sollazzo di adulti "proprietari" e, crescendo avrebbe trovato silenziosamente posto nella società, probabilmente senza impazzire. Ma oggi le cose stanno diversamente ed una ragazza che subisce questo destino, al di là del "trauma" psicoanaliticamente inteso, finisce per disimparare a stare al mondo proprio perché proiettata in una dimensione culturale atavica e disadattativa. È questo l'elemento di gravità più importante (più ancora del trauma stesso): Donatella fa fatica a trovare un sociale che possa comprendere ciò che le è capitato senza pensarla come una matta da le-*

*gare. Donatella tende a non sviluppare quelle competenze sociali (entrare in un codice sociale esogamico) che le servirebbero a sentirsi una contemporanea non emarginata.*

*Oggi Donatella vive con i suoi e frequenta uno psicologo, sta provando a fare un corso di formazione come operatrice sociale, è rimasta in contatto con l'équipe della C.T.: telefona in C.T. e ai suoi referenti, scrive lettere, spedisce sms, scrive poesie, mantiene insomma un filo rosso che si spera un giorno le permetterà di autorappresentarsi in grado di sperimentarsi in contesti extrafamiliari.*

#### POSTFAZIONE: I LUOGHI NON ISTITUZIONALI

*<<Ora dopo trent'anni di esperienza nella Comunità Terapeutica, credo sia giunto il tempo di proporre una formulazione teorica di alcuni dei concetti utilizzati nella pratica della Comunità Terapeutica: Sono ben conscio che questo mio tentativo probabilmente non otterrà nient'altro che attrarre l'attenzione sulle grandi lacune della nostra conoscenza circa l'utilizzazione delle forze sociali dell'ambiente come complemento ai metodi di trattamento terapeutico della psichiatria>>.(Jones M., 1974: )*

Maxewell Jones, dopo trent'anni di esperienza, traeva queste conclusioni sulla relatività delle risorse di una Comunità Terapeutica, rispetto alle infinite possibilità che la realtà sociale avrebbe potuto esprimere. Nello stesso periodo in Italia nella pubblicazione "L'istituzione negata" che rappresenta ancora oggi il punto di non ritorno della Psichiatria Istituzionale, Lucio Schittar denuncia le insufficienze dell'ideologia della Comunità Terapeutica e ne sottolinea i limiti(Schittar, 1968).

Dopo altri trent'anni di esperienze di Psichiatria Territoriale e di Psicologia di Comunità non è più possibile ridurre la complessità delle pratiche in Psichiatria alle sole strutture neocustodialistiche nate sotto la spinta di logiche speculative, o all'inerzia istituzionale con le nefaste conseguenze abbandoniche del "revolving door".

Accanto agli interventi residenziali sono nati infatti saperi e pratiche che prevedono un lavoro sociale di rete parallelo e integrato agli interventi residenziali comunitari, che danno garanzie al cliente di una non soluzione di continuità dalla sua vita ordinaria.

Si è parlato molto in questi anni della Comunità come dello spazio transizionale necessario a mediare i rapporti del cliente con la famiglia e il mondo esterno. La Comunità può divenire effettivamente uno spazio transizionale nella misura in cui permette però transizioni emotivamente reali tra i diversi ambiti sociali di appartenenza del cliente e il nuovo vertice temporaneo in cui si svolge la sua vita. Nella maggior parte dei casi infatti i clienti giungono in Comunità dopo un prolungato periodo di isolamento sociale. La Comunità può intendersi anche come uno spazio utile dove il cliente può sperimentare trasformazioni solo se tale spazio non diviene un luogo che gli ripropone, seppure in una diversa situazione, una nuova condizione di esclusione sociale. La Comunità come gruppo autoreferenziale può infatti costituire per il cliente la circostanza che sancisce di fatto la sua esclusione sociale.

M. Foucault nella "Storia della follia nell'età classica" (Foucault, 1976) spiega che i luoghi dell'esclusione prima delle pratiche dell'internamento erano costituiti dai grandi spazi di transizione inabitati ai margini delle città. L'esclusione era costituita soprattutto dall'accesso negato alla socialità della città..

Joseph Berke, terapeuta con R.Laing a Kingsey Hall, e fondatore dell'Arbours Association, scelse il nome di Arbours Association, essendo Arbours un nome che nella bibbia inglese designava i luoghi di dimora temporanei degli ebrei vaganti nel deserto: "*Il compito che ci prefiggevamo era di assicurare sostegno e ricovero a gente che vagasse in un deserto emozionale*" (J Berke, 1981).

Il problema irrisolto della psichiatria appare ancora oggi, dopo la chiusura dei manicomi, immutato: l'inclusione sociale, l'accessibilità.

La scommessa utopica delle Comunità Terapeutiche è forse quindi oggi quella di trasformare i luoghi dell'esclusione in laboratori so-

ciali in grado di produrre nuove forme di socialità basate sulle differenze.

*“L'orizzonte utopico di queste nuove comunità terapeutiche è la loro intermediarietà, il loro essere terre di mezzo, quindi zone di passaggio e attraversamento, che trasformano i confini e ridefiniscono i limiti geografici e concettuali, psicologici ed emotivi tra i luoghi dell'inclusione e quelli dell'esclusione sociale. Quindi la dimensione utopica di queste comunità terapeutiche è il loro divenire, farsi società, proprio lì dove la società stessa tende a rarefarsi e a creare anomia”*(De Crescente, 2002).

Il compito dell'operatore potrebbe essere quindi quello di utilizzare favorire o creare per il cliente spazi di transizione di incontro scambio e socialità, dal carattere estemporaneo o continuativo, prima non esistenti o inutilizzati.

Un modello sociologico che possa darci indicazioni su questi luoghi può essere rappresentato dai Passages di Parigi descritti da Walter Benjamin, da quegli spazi di transizione all'interno della città che nati allo scopo di proteggere il passante dalle intemperie, divenivano i luoghi della socialità extra domestica; luoghi di transizione ma soprattutto di incontro (Benjamin W., 2002).

Anche i “non luoghi” della sub-modernità concettualizzati da Marc Augè intesi come spazi antropologici ed esistenziali, *“palinsesti in cui si re-iscrive incessantemente il gioco misto delle identità e della relazione”* (M. Augè, 1993) posso darci qualche indicazione sulle chances relazionali di luoghi estemporanei e non istituzionalizzati.

Da quanto detto risulta che l'operatore non può considerarsi esclusivamente come terapeuta dentro la Comunità, ma soprattutto operatore sociale e antropologo che si trova in diretto contatto con un sistema formale e informale di rapporti ed ha quindi la possibilità di agire sulle reti sociali formali, informali ed estemporanee, con le loro infinite possibilità relazionali per l'ospite .

È chiaro che partendo da questo nuovo vertice l'operatore sarebbe obbligato a confrontarsi con nuove competenze e a modificare sostanzialmente la propria identità professionale.

## BIBLIOGRAFIA

- Augè M. (1993) *“Non Luoghi”* Eleuthera
- Benjamin W. (2002) *“I Passages di Parigi”* Einaudi Tascabili
- Berke J. (1981) *“Viaggio Attraverso la Follia”* Mary Barnes, Joseph Berke, Rusconi
- Cigoli V.(1992), *Il Corpo Familiare*, FrancoAngeli, Milano
- D’Elia L. (1998a): *“L’universo interstiziale in una Comunità Terapeutica”*, atti delle giornate di Folgaria 1998.
- D’Elia L. (1998b): *“I fattori terapeutici aspecifici nelle strutture residenziali: l’inusuale osservatorio del quotidiano”*, in *Annali di Neurologia e Psichiatria* anno XCII, fasc. 2.
- D’Elia L. (1998c): *“La Comunità psicoterapeutica residenziale e il suo campo mentale”*, in *Interazioni* 2-1998/12, Franco Angeli.
- D’Elia L., De Crescente M. (2000): *“Passaggi, fondazione e storia di una comunità terapeutica”* nel sito [www.comunitapassaggi.it](http://www.comunitapassaggi.it)
- De Crescente M. (2001) *“L’utopia delle comunità terapeutiche”*, nel sito [www.comunitapassaggi.it](http://www.comunitapassaggi.it) (sezione news articoli)
- De Maré P, Piper R. , Thompson S. (1996): *«Koinonia»*, EUR.
- Foucault M. (1976) *“Storia della Follia nell’età classica”* biblioteca universale Rizzoli
- Jones M. (1974) *“La psichiatria nell’ambiente sociale”* Il Saggiatore
- Morin E. (1973) *Il paradigma perduto. Che cos’è la natura umana?*, Feltrinelli, 1994, Milano
- Neri N, Latmiral S. (eds.)(2004), *Uno spazio per i genitori, Quaderni di Psicoterapia Infantile*, n°48, Borla, Roma
- Perini M. (2002): *«La cultura organizzativa della comunità terapeutica»*, Atti del convegno, Le comunità terapeutiche, ambienti di vita, percorsi di cura, Cantalupa (To) 17-18 Gennaio 2002.
- Pontalti,C.,Menarini,R.(1985), *Le matrici gruppali in psicoterapia*

pia familiare, *Terapia Familiare*, n°19: 55-64

- Pontalti,C.(1994), Matrice familiare e matrice gruppale: struttura e interconnessioni, *Ecologia della Mente*, 1 (17): 23-41.
- Pontalti C., Rossi G.(1995), Legame Intergenerazionale, in *Nuovo Lessico Familiare, Studi Interdisciplinari sulla Famiglia*, n°14:69-82, Vita e Pensiero, Milano
- Pontalti C.(1997), *Matrice familiare e radici dell'identità: emozioni, sentimenti, affetti*, in Andolfi M.,Angelo C. (eds.), *Emozioni e Sistemi*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Pontalti C.,(1999), Disturbi di Personalità e Campi Mentali Familiari – disturbo dipendente e contesto, *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 9:25-43
- Pontalti C.(2000), Campo familiare-campo gruppale: dalla psicopatologia all'etica dell'incontro, *Gruppi*, 2(2): 35-50
- Pontalti C.(2002), Persone e gruppi: il lavoro ambulatoriale nella psichiatria pubblica, *Gruppi*, 3 (4): 31-49
- Roussillon R. (1991): “*Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l'interstizio*” in AA.VV. L'istituzione e le istituzioni, Borla.
- Scabini E., Cigoli V.(2000), *Il Familiare – legami, simboli e transizioni*, Raffaello Cortina, Milano
- Schittar L. (1968) “*L'ideologia della comunità terapeutica*” in “*L'Istituzione Negata*” a cura di Franco Basaglia, Einaudi