

## 2. Le Comunità terapeutiche e la C.T. di Primavalle: storia, limiti e risorse

### 2.1 Nascita delle Comunità Terapeutiche

Il termine “Comunità Terapeutica” viene utilizzato per la prima volta da Thomas Main nel 1946 in riferimento alla particolare esperienza di cura dei disturbi psichici, che affliggevano i reduci di guerra, intrapresa da W. Bion nell’ospedale di Northfield (famoso esperimento di cui tratterò nella sezione dedicata alla Gruppoanalisi).

Lo stesso Thomas Main, insieme a Maxwell Jones, fu uno dei direttori delle prime istituzioni psichiatriche a conduzione comunitaria in Gran Bretagna.

Nel 1953 il vocabolo “Comunità Terapeutica” è stato ufficializzato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), in uno studio in cui si suggeriva l’opportunità di trasformare gli ospedali psichiatrici in Comunità Terapeutiche (C.T.).

L’idea era quella di trasformare una rigida organizzazione gerarchica, in cui i rapporti erano di tipo “verticale”, in una organizzazione “orizzontale” con un rapporto paritario fra gli utenti e gli operatori sanitari.

In Italia tra gli anni ’70 e gli anni ’80 assistiamo ad un proliferare delle C.T. soprattutto per il tragico aumento dei tossicodipendenti, che vengono ospitati in queste strutture.

Ma la vera rivoluzione arriva grazie ad un influente personaggio della storia psichiatrica italiana: Franco Basaglia.

Negli anni ’60 fu attivata da Basaglia una delle prime sperimentazioni di C.T. in Italia e precisamente nell’ospedale psichiatrico di Gorizia. Il concetto, che stava alla base del pensiero innovativo del Basaglia, era il rifiuto dell’istituzionalizzazione come unico metodo di cura e recupero del malato. Difatti lo stesso Basaglia<sup>1</sup> scrive: “Dal momento in cui oltrepassa il muro dell’internamento, il malato entra in una nuova dimensione di **vuoto emozionale** [...]; viene immesso cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il **completo annientamento della sua individualità**, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell’individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove **sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell’internamento.**”

Le forti convinzioni del Basaglia andarono chiaramente a scontrarsi con una società grezza che non era ancora pronta al cambiamento, tanto che egli fu costretto a lasciare l’ambiente universitario a causa degli scontri di pensiero con questo mondo. Tuttavia si dedicò alla cura dei suoi pazienti eliminando le terapie elettroconvulsivanti, tutti i tipi di contenzione fisica e riaprendo i cancelli dei reparti. La sua cura teneva in considerazione la presenza di una persona, prima che di un malato, promuoveva i rapporti umani e dava l’opportunità ai suoi pazienti di esprimersi in attività di pittura e di teatro. Nel suo pensiero si verifica un passaggio dall’impostazione del trattamento in termini positivisti a quello fenomenologico: non si può ridurre il malato ad una serie di sintomi e classificarlo in una categoria altamente stigmatizzante, ma un buon medico dovrebbe saper avvicinare il paziente mettendosi in relazione con esso, ascoltandolo empaticamente “mobilitando non il semplice intelletto, ma tutte le capacità intuitive del nostro animo, per penetrare l’intima essenza senza ridurla ad ipotesi casuali precostituite<sup>2</sup>”.

Il folle quindi non è solamente un malato, ma un uomo con tutte le sue necessità. “Trattato come uomo, il folle non presenta più una malattia, ma una “crisi”, una crisi vitale, esistenziale, sociale, familiare, che sfugge a qualsiasi diagnosi, utile solo a cristallizzare una situazione istituzionalizzata<sup>3</sup>”.

---

<sup>1</sup>

E' solo verso la fine della sua vita che il pensiero innovativo del Basaglia ha l'opportunità di cambiare il corso degli eventi, con l'approvazione della Legge 180/78 , che segna la chiusura dei manicomi, più conosciuta come "*Legge Basaglia*".

Le comunità terapeutiche nascono dunque a seguito della chiusura dei manicomi, ma si strutturano intorno a dei principi di vita e di rapporti del tutto differenti, che illustro qui di seguito.

## **2.2 Funzionamento delle Comunità Terapeutiche**

Iniziamo dicendo che le Comunità Terapeutiche ospitano al loro interno un numero ristretto di pazienti (che varia da struttura a struttura) che vivono al suo interno per un determinato periodo di tempo, prestabilito al momento dell'entrata<sup>4</sup>.

L'obiettivo delle C.T. è quello di fornire un ambiente protetto e dei sani rapporti interpersonali con gli operatori sanitari, che permettano ai pazienti di maturare e acquisire quelle capacità di vita, necessarie una volta usciti all'esterno.

Le C.T. sono caratterizzate da regole più o meno rigide che devono essere rispettate<sup>5</sup>, pena l'esclusione dalla Comunità stessa. Queste vengono riferite al paziente durante la fase di valutazione, che avviene in un primo momento ed è importante per comprendere se quella determinata Struttura può accogliere quel determinato paziente. Successivamente viene presentato e accolto all'interno del gruppo e inserito nelle attività svolte dalla Comunità. Il periodo che il paziente trascorre all'interno della C.T. dovrebbe essere la fase terapeutica vera e propria che prepara l'individuo ad un successivo reinserimento sociale.

Nella prima fase, all'inizio dell'esperienza, le persone tendono ad avere reazioni e comportamenti provocati da malesseri, torti subiti, rancore, contrasti e in genere provano una forte conflittualità nei confronti della comunità stessa e degli operatori che sono vissuti, a volte, come "guardiani".

Nella fase conclusiva invece, verso la fine del percorso terapeutico, il paziente ha acquisito quelle risorse importanti per la sua vita all'esterno. Inoltre si troverà in compagnia di sentimenti e pensieri più propositivi, potrà relazionarsi meglio, capire e capirsi anche emotivamente ed affettivamente. La cura coincide con la crescita psicoaffettiva e con la disponibilità dell'uso del pensiero evoluto.

Le C.T. vantano un metodo particolare di cura, che vede nello stretto rapporto che si stabilisce tra i pazienti ed il personale, l'arma vincente del trattamento.

Queste strutture, infatti, dovrebbero essere caratterizzate da un ambiente teso a favorire la cooperazione nella vita quotidiana, in tutte le operazioni che vanno dal mangiare insieme, al condividere spazi di svago comuni, a partecipare alla terapia di gruppo. Ciò che la C.T. si prefigge di costruire sono sentimenti di fiducia, senso di amicizia e di appartenenza<sup>6</sup>.

Il gruppo, in questo particolare luogo di cura, acquista un valore fondamentale.

Il gruppo è capace di influenzarsi, dunque se ci si influenza positivamente, se viene coltivata la positività, la crescita e l'evoluzione, se si crea un'atmosfera comunitaria, di reciproco aiuto e di cooperazione, ecco che il gruppo diventa Comunità Terapeutica, e l'istituzione a sua volta diventa "ambiente curante".

Chiaramente in questa ottica divengono fondamentali le caratteristiche del gruppo curante, e quindi la formazione, l'affiatamento, il carisma e la passione per il loro lavoro.

L'obiettivo di una C.T. è quello di responsabilizzare i pazienti e passare nuovi valori, cioè i valori vigenti all'interno della comunità e della società stessa.

Principalmente viene insegnato il rispetto per se stessi e per gli altri, fondamentale per chi come loro fa vita di gruppo; viene assegnato un valore alla quotidianità, dando importanza alle azioni di tutti i giorni, lavarsi, vestirsi, mangiare, prendersi cura delle proprie cose; viene facilitata

---

l'assunzione delle proprie responsabilità e si lavora per favorire la graduale emersione di comportamenti adattivi.

La vita in Comunità, perlomeno per i soggetti con un Io più debole, si configura come un'eterna lotta nel mantenere la linea di confine tra la propria identità personale, quella della Comunità e dell'esterno. In questa continua tensione il gruppo può svolgere una importante funzione di mediazione<sup>7</sup>.

### **2.3 La Comunità Terapeutica di Primavalle**

La Comunità Terapeutica di Primavalle è una delle prime comunità pubbliche a orientamento psicodinamico nate a Roma.

Fondata da Massimo Marà nel novembre del 1981, sorge svuotando due padiglioni dell'Ospedale Psichiatrico Primario nel maggio dell'anno seguente<sup>8</sup>.

La Comunità, oggi come allora, ha posto per ospitare 18 pazienti nel range della patologia psicotica, e si propone come struttura per evitare la cronicizzazione del disturbo. Questo è possibile attraverso interventi precoci ed intensivi.

Massimo Marà nel suo libro "Terapia di comunità per psicotici: contro la cronicizzazione" sostiene che sia importante per il paziente entrare in Comunità in un breve lasso di tempo dal momento dell'avvenuta diagnosi, per evitare di andare incontro agli insuccessi che demotivano il paziente, e che ne strutturano la cronicizzazione<sup>9</sup>.

Il paziente, inviato alla Comunità dal Dipartimento di salute mentale di zona, viene accolto attraverso un primo colloquio che innanzitutto serve alla conoscenza reciproca e in secondo luogo apporta chiarezza alle regole e ai compiti proposti e sonda la volontà del paziente di aderirvi. Il contratto di permanenza (che esplicita i vincoli, le regole da rispettare, ma anche gli obiettivi a breve termine che ci si impegna a raggiungere) viene stabilito durante una riunione che coinvolge lo staff della Comunità, il nuovo paziente e la sua famiglia, grazie alla collaborazione di entrambe le parti. La permanenza in Comunità è vincolata al rispetto del contratto terapeutico, che può essere prorogato, ma è sempre a tempo determinato. L'inadempienza del contratto da parte del paziente determina l'interruzione prematura del trattamento, mentre l'eventuale aggravamento delle condizioni psicopatologiche ne comporta la sospensione, generalmente per ricovero in altra struttura ospedaliera. La permanenza in Comunità termina naturalmente con il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico concordato.

Nel nostro caso dunque, i criteri di ammissione al gruppo del mosaico sono omologati ai criteri di ammissione nella Comunità di Primavalle, ed allo stesso tempo l'esclusione dalla C.T. implica anche l'abbandono del progetto musivo.

Quindi, il "gruppo mosaico" non poteva avere indipendenza dal setting e dal trattamento di Comunità, del quale era una delle offerte terapeutiche transitorie<sup>10</sup>.

Queste condizioni non erano coerenti ai principi di Gruppoanalisi applicata, che hanno richiesto un adattamento del setting alle condizioni reali date dal numero di pazienti presenti in Comunità e dalla ammissione e dimissione dal gruppo che doveva coincidere con ammissione e dimissione dalla C.T.

Questi elementi di base sono ad alto rischio per la conduzione di un gruppo e per la maturazione delle persone stesse. Verosimilmente il gruppo non si sarebbe mai potuto formare se non ci fossero stati in Comunità alcuni pazienti che costituiscono un'eccezione burocratico-amministrativa; per alcuni di loro infatti è stato derogato il criterio della durata di permanenza, per motivi strettamente legati alla possibilità di fornire un trattamento il più possibile adeguato alle esigenze dei pazienti.

---

\_\_\_\_\_

Questo dato ci viene confermato anche dalla Psichiatra Responsabile della C.T. Rita Mazzone che afferma come il campione di pazienti, nel periodo specifico del nostro lavoro, sia stato caratterizzato da numero scarso e alto turnover, cosa atipica rispetto alla media, che ha reso più complicata la realizzazione del progetto terapeutico e non ultimo anche l'elaborazione dei dati.

Riprendendo<sup>11</sup> la spiegazione dell'iter d'entrata, il paziente, dopo aver preso atto dei compiti e delle regole, è pronto per conoscere il gruppo costituente la Comunità: questo incontro avviene durante l'assemblea settimanale del giovedì pomeriggio, impegno fisso per tutti i partecipanti. L'assemblea è un momento di apertura, di condivisione, di scambio di informazioni, a volte anche solamente attraverso i silenzi o le fluttuazioni d'umore che impregnano la stanza e che si tenta di elaborare attraverso la verbalizzazione condivisa. Ognuno ha la possibilità di parlare di se stesso, di ciò che non va, delle proprie difficoltà, o di esprimere il proprio giudizio su eventi accaduti, nelle relazioni interpersonali interne, che creano problemi e che diventano più gestibili con il supporto di un mediatore: usualmente la Psichiatra Rita Mazzone, che favorisce lo scambio comunicativo e l'accordo condiviso. A tal proposito troviamo nelle parole di Massimo Marà la spiegazione dell'importanza di un momento come l'assemblea settimanale, in cui è favorita la comunicazione: "Lo psicotico non ha mai introiettato quell'atmosfera esistenziale che usiamo definire serenità. Lo psicotico ha vissuto da sempre con il suo mondo interno conflittuale e poi in conflitto col mondo esterno. La socializzazione è per noi avvenuta naturalmente: coloro che ci hanno messo al mondo hanno saggiamente allargato e permesso che si arricchisse quel processo col quale abbiamo modellato i nostri comportamenti su quelli del contesto sociale in cui venivamo inseriti<sup>12</sup>" (M. Marà, 2003, p. 220).

La difficoltà nella relazione, nella comunicazione, nella comunione, nella cooperazione che caratterizza questi pazienti, difatti, è stato il primo scoglio che il gruppo del mosaico ha dovuto superare: non esiste il gruppo se non c'è condivisione, e non può esistere una creazione artistica grupppale se non c'è affiatamento. Il percorso che ha portato il "non gruppo" a diventare un gruppo verrà trattato successivamente nei capitoli (3 e 8) in cui vengono analizzate le dinamiche relazionali.

La condivisione di spazi, di tempi e di situazioni di vita all'interno della Comunità è stimolata da alcuni principi base che costituiscono il vademecum di una comunità terapeutica. Primo tra tutti la presenza quotidiana e notturna degli operatori, che sono sempre a disposizione per i pazienti; secondo poi e cosa più importante, le porte della Comunità, degli uffici dello staff e il cancello d'entrata, sono sempre aperti, opponendosi in questo modo, idealmente e materialmente, ai principi tipici degli ospedali psichiatrici che tenevano i pazienti dietro sbarre di ferro, e i medici o infermieri chiusi nelle loro stanze e nei loro camici, che nella Comunità sono stati tolti. Eliminare i simboli del potere (porte chiuse, camici) vuol dire implicitamente essere tutti uguali. Spiega Massimo Marà nel suo libro: "Il potere terapeutico dell'operatore trova la sua origine nell'essere presente in C.T. 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno: punto di riferimento costante.... Non chiuso in una stanza dove è vietato entrare bensì con le porte costantemente aperte, perché "sei atteso". Io operatore sono lieto se tu vieni a stare con me, anche in silenzio (ma ci guardiamo), anche solo per ascoltarci, magari confidarci. ...il vuoto interno dello psicotico attende da noi di essere colmato" (M. Marà, 2003, p. 228).

Oltre tutto la Comunità Terapeutica si viene a conformare come uno spazio esistenziale del tutto nuovo, nel quale il paziente può inserirsi, abbandonando quelle vecchie dinamiche relazionali, distorte e disfunzionali tipiche della sua precedente epoca di vita, riproponendole per risolverle, trovando una diversa soluzione attraverso una diversa interazione, cosa che frequentemente accade. Ancora una volta trovo nelle parole di Marà una spiegazione lineare che fa luce sul complesso problema relazionale madre-figlio psicotico e che spiega il motivo del divieto, per i parenti dei pazienti, di entrare all'interno della Comunità: <<La struttura spazio-temporale, la C.T. è un messaggio estremamente rassicurante al piccolo bambino-adulto psicotico che viene accolto.

---

“Tu da qui sei libero di uscire quando vuoi. Qui possono entrare solo persone di nuova conoscenza, il tuo passato no”. Ci siamo alleati con la parte residua angosciata dalla fusione con la madre, affermando decisamente, con i fatti, nel vissuto, che l’onnipotenza della madre stessa non esiste, che ci si può opporre, anzi che il: “Non posso vivere senza di te - con te non riesco a vivere” che è la disperante contraddizione profonda creante appunto l’angoscia fusionale, è sostanzialmente errata. L’aver dato tutta la potenza alla madre tanto da sentirla onnipotente, è modificabile: pertanto in C.T. è possibile che il paziente faccia la prima finora per lui inimmaginabile, scoperta: “posso vivere senza mia madre”>> (M. Marà, 2003, p. 135).

E’ questo il motivo per il quale si chiede alla famiglia di non entrare in Comunità nel periodo di cura, se non per riunioni con lo staff, od occasioni molto particolari, come può esser stata la festa per l’inaugurazione del mosaico.

Questo non vuol dire che la Comunità taglia i rapporti con le famiglie d’origine; se infatti il paziente ha il permesso di uscire, può incontrare i suoi familiari all’esterno o recarsi a cena fuori con loro. Quello che viene salvaguardato è il nuovo luogo di vita del paziente, che viene preservato come spazio libero, di crescita e di autonomia, come una “base sicura” (Ainsworth) alla quale tornare per avere un rifornimento affettivo senza però esserne inglobato.

Dunque le Comunità Terapeutiche, e la Comunità di Primavalle nel nostro caso, si propongono come luoghi di cura che promuovono la crescita e la maturazione attraverso l’esperienza quotidiana di sane relazioni, e non più solo di terapie farmacologiche, perché come dice Marà si cura la vulnerabilità con la presa in carico globale per anni, condividendo con il paziente lo spazio e il tempo, ininterrottamente. E inoltre: “Seguire a riempire lo psicotico di sostanze chimiche si traduce quasi sempre nell’evitare di accollarsi il carico di tali rabbie e paure e in definitiva cronicizzarlo. Il carico di andarle a scovare dentro il caos deterministico della sua psiche in preda a fantasmi distruttivi, è l’inevitabile, indispensabile compito della psicoterapia analitica duale” (M. Marà, 2003, p. 184).

## **2.4 Obiettivi da raggiungere e condizioni di successo della terapia**

Come abbiamo precedentemente accennato, la Comunità Terapeutica di Primavalle, si propone come obiettivo quello di evitare la cronicizzazione psicotica attraverso un intervento di prevenzione.

Le caratteristiche fondamentali dell’ambiente comunitario che permettono il raggiungimento di questo scopo, come ci spiega la Psichiatra R. Mazzone, sono la presenza di un clima affettivo positivo, in cui il paziente sia responsabilizzato attraverso una serie di mansioni da svolgere che lo aiutano nel prendersi carico dei principali compiti di vita (che concernono la cura del sé, della propria stanza, e degli ambienti di vita condivisi) oltre che di attività lavorative o terapeutiche.

Tutto ciò è possibile perché il paziente vive all’interno di un piccolo gruppo (massimo 18 persone) in cui è possibile ricreare un ambiente pseudo-familiare, in cui le decisioni vengono prese, oserei dire, in maniera comunitaria, sfruttando i momenti di condivisione come quello dell’assemblea settimanale sopra citata. Inoltre questo è possibile grazie alla “stipulazione di un contratto” il più possibile chiaro e veritiero, aderente alla situazione specifica del paziente: un contratto personalizzato con elencati gli obiettivi da raggiungere (anche minimi), e il tempo necessario per farlo.

Nonostante la Comunità Terapeutica si proponga di fornire un servizio di prevenzione, nella realtà, il più delle volte, i pazienti inviati presentano un malattia stabilizzata, che comunque permette di lavorare su molti aspetti riguardanti in particolar modo competenze basilari, ma che tuttavia preclude la strada ad un’autonomia psichica<sup>13</sup> e materiale.

Come ci dice la Dottoressa R. Mazzone, la proposta è quella di creare strutture aperte, affettivizzate, ognuna per pochi pazienti, selezionando operatori e pazienti per trovare il massimo dell’evolutivezza possibile.

---

<sup>13</sup>

L'intervento proposto non è chiaramente svolto dalla sola Comunità, ma è un lavoro di rete che fa conto sulla partecipazione degli psichiatri, psicologi o assistenti sociali esterni che seguono il paziente e che collaborano attivamente nello scopo di perseguire quegli obiettivi importanti che permettono lo sviluppo di un senso di sé, e permettono di recuperare quelle capacità vitali necessarie per una vita fatta di socialità. Quindi la C.T. è una piccola società fondata sul sentimento di appartenenza e il percorso all'interno di essa si può delineare secondo i seguenti criteri: il recupero delle capacità relazionali in ambiente protetto e quindi il recupero del proprio ruolo sociale; il reinserimento produttivo in attività che vuol dire il recupero del ruolo di lavoratore; la permanenza nella struttura residenziale che significa il recupero della capacità di abitare; ed infine la remissione della sintomatologia che si traduce nel miglioramento della qualità della vita<sup>14</sup>.

<sup>1</sup> F. Basaglia, "La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione", 1964, da <http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/35distr.htm>

<sup>2</sup> M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Milano, Bruno Mondadori, 2001.

<sup>3</sup> [http://www.forumsalutementale.it/25anniBasaglia/txt\\_galimberti.htm](http://www.forumsalutementale.it/25anniBasaglia/txt_galimberti.htm)

<sup>4</sup> Definito per legge in un tempo determinato di 180 giorni e che può essere prolungato rinnovando il contratto terapeutico.

<sup>5</sup> Il ricovero in C.T. può essere solo volontario, per questa ragione le C.T. hanno regole che vengono proposte al paziente, come generalmente accade con altre strutture comunitarie (alberghi, etc.); regole finalizzate alle attività terapeutiche che il paziente si impegna a rispettare.

<sup>6</sup> Nella letteratura si sottolinea che la cura del gruppo è importante nelle C.T. quanto quella dell'individuo.

<sup>7</sup> All'interno di una C.T. si articola anche tutto il ventaglio di offerte di trattamento, da quello farmacologico a quelli psicoterapeutici o riabilitativi. Generalmente ogni C.T. presenta un prevalente orientamento nei trattamenti psicoterapeutici non necessariamente esclusivi.

<sup>8</sup> La struttura ha accolto i pazienti dell'Ospedale Psichiatrico che dovevano essere dimessi per effetto della legge di abolizione dei Manicomi. La vicenda ebbe allora caratteristiche provocatorie per superare le difficoltà burocratiche che ostacolavano la ricerca dei locali. E in effetti per quasi 10 anni la CT di Primavalle è stata la prima e l'unica struttura di Comunità nella Regione Lazio.

<sup>9</sup> Nella pratica è piuttosto vero l'opposto e cioè si pensa alla C.T. dopo gli insuccessi dei trattamenti ambulatoriali, ospedalieri e domiciliari.

<sup>10</sup> All'interno della C.T. è offerto un ventaglio di trattamenti individualizzati (psicoterapia di gruppo, psicoterapia individuale...) ed esperienze transitorie: una delle quali è stata quella del mosaico.

<sup>11</sup> Prima di cominciare il gruppo mosaico ho iniziato a frequentare come tirocinante la Comunità ed ho potuto verificare e condividere i processi di ammissione e dimissione dalla C.T.

<sup>12</sup> L'assemblea, rigidamente fissata sempre allo stesso giorno e alla stessa ora, è pertanto l'operazione terapeutica fondante il trattamento di C.T. nella Comunità di Primavalle e quanto ho potuto osservare nell'assemblea si è puntualmente riproposto nel gruppo di mosaico.

<sup>13</sup> Cioè l'amministrazione indipendente delle risorse.

<sup>14</sup> La rete terapeutica e socio-assistenziale è diversa per ognuno dei pazienti. La conservazione di quella rete extra C.T. è di fondamentale importanza per la dimissione, quando il paziente ritorna là da dove è venuto. Se la C.T., anche temporaneamente, si assumesse tutti i compiti terapeutici ed assistenziali assumerebbe un ruolo totalitario e onnipotente che non potrebbe sostenere. Quindi è importante che il medico inviante continui a seguire il paziente durante il ricovero in C.T.