

Perché la Comunità è terapeutica?

Fattori specifici e aspecifici nel lavoro delle comunità

Giornata di studio
CNR Roma 2 dicembre 2011



Introduzione
Marta Vigorelli

” La comunità terapeutica è intesa come sistema molto strutturato nella quotidianità, che coinvolge e responsabilizza attivamente tutte le figure professionali e i pazienti con momenti ritualizzati a più livelli, di autosservazione di tutte le sue strutture e dinamiche interne, supervisione, riflessione continua” (culture of inquiry)” (Main, 1983)

(terzo Report della commissione di esperti sulla salute mentale O.M.S., 1953)

*“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**”*

Premessa

La definizione dei fattori terapeutici della Comunità residenziale è un tema che ha interessato il movimento comunitario fin dalle origini ed è un problema molto sentito da chi opera in questi contesti. Data la varietà di tipologie che si sono sviluppate storicamente e che esistono attualmente, ci si chiede se ci siano verifiche empiriche sull'*efficacia* di questo metodo di cura, quali siano i *fattori specifici* che le differenziano da altri metodi di terapia e i *fattori aspecifici comuni* ai vari modelli teorico-organizzativi di comunità

(Karasu, 1986; Greencavage, Norcross, 1990; Weinberger, 1995);

In particolare ci si è chiesti:

Se e come, questo metodo di cura *offra qualcosa in più rispetto al trattamento della psicoterapia di gruppo* in situazione ospedaliera o ambulatoriale.

Premessa

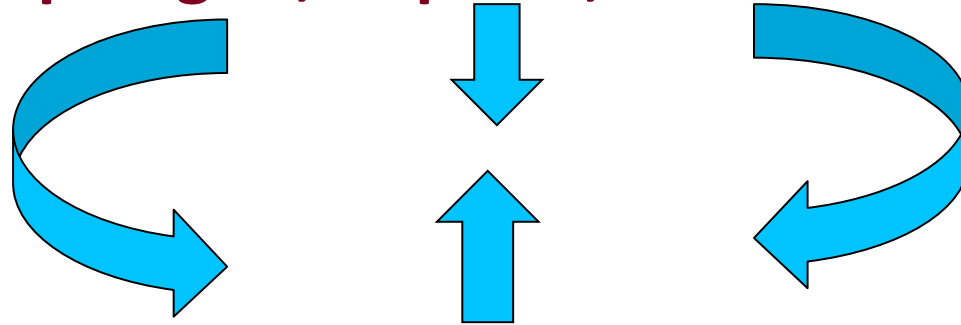
Proposta di alcune risposte convergenti a questi interrogativi, a partire da un duplice vertice di osservazione: quello dei più significativi risultati della *ricerca* condotta fin'ora sui fattori terapeutici e cenni alla *riflessione teorico-clinica* elaborata in questo ventennio in Italia soprattutto in ambito psicomodinamico.

(Ferruta, Foresti, Pedriali Vigorelli 1998; Corulli 1997, Lombardo 2004 Brunori Raggi 2007; D'Elia, De Crescente, Pontalti 2004, Asioli, Purpura 2005, 2009, Barone, Bruschetta, Giunta 2010, Gruppo Integra, De Crescente 2011)

Duplici vertice

Ricerca

(antropologica, empirica, action research)



esperienza clinica

Parleremo di:

La comunità terapeutica è efficace?

- **Fattori terapeutici specifici e aspecifici della comunità nella ricerca e nella riflessione clinica**
- **Il fattore “clima terapeutico” come mediatore aspecifico:**
 - *la transizionalità, la dimensione sensoriale dell’abitare, protezione-sicurezza-regolazione, la quotidianità*
- **Sinergia tra fattori terapeutici**

Storicamente...il verdetto di Dodo (Luborsky 1975)

- il dibattito sui fattori di efficacia specifici e aspecifici è sorto nell'ambito della ricerca in psicoterapia (anni 50-70) dove è stata dimostrata la sua efficacia senza però rilevare evidenze empiriche sulla prevalenza di un modello di trattamento rispetto ad un altro.
- **Il paradosso dell'equivalenza** ci dice che il cambiamento è da attribuire a fattori aspecifici trasversali, presenti in ogni psicoterapia.

Luborsky, Singer & Luborsky (1975)

'Ognuno ha vinto e tutti meritano un premio'



Sono i fattori aspecifici della psicoterapia ad essere realmente responsabili dell'efficacia della terapia

..anche dalla ricerca su 27 comunità e 399 operatori risulta che:

La capacità di lavoro in gruppo, l'adeguatezza della leadership, i processi di responsabilizzazione degli ospiti e il clima emotivo dell'équipe

NON sono influenzati

dal fattore specifico rappresentato dal

tipo di modello teorico adottato

(psicodinamico, cognitivo, riabilitativo)

(Mito&Realtà 2008-2010)

Come avviene il cambiamento?

L'ipotesi più plausibile è che il cambiamento sia realizzabile attraverso una **sinergia e un reciproco rinforzo tra fattori specifici e aspecifici** (es.: alleanza terapeutica, relazione, personalità del terapeuta, variabili del paziente in sinergia con modelli di intervento cognitivi, o psicodinamici ecc.) (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006).

Questa ipotesi potrebbe valere anche per il trattamento comunitario?

**Primo interrogativo:
la comunità terapeutica è efficace?
...solo negli anni '90...**

**Review su scala mondiale e meta-analisi
di Jan Lees et al. 1999**

Partendo da 8160 studi vengono selezionati 29 di cui 8 con controllo randomizzato Jan Lees arriva a confermare l'efficacia del trattamento della Comunità terapeutica anche se i campioni sono soprattutto di CT nelle carceri e per tossicodipendenti.

Meta-analisi conferma l'efficacia del trattamento della CT

*“Negli ultimi anni il modello medico di fare ricerca ha dominato il campo di questa attività, per l'enfasi sull'**eb**, che mira a rilevare l'efficacia e l'efficienza di ogni sistema di terapia per giustificarne la sopravvivenza. **Abbiamo bisogno di un altro tipo di ricerca comparativa sulle CT stesse per controbattere l'accusa che non ci sono prove per dimostrare che le CT sono efficaci anche se costose. Ci sono invece prove di dimostrata evidenza clinica che le CT producono cambiamenti nella salute mentale delle persone; anche se questo ha bisogno di essere suffragato da studi di ricerca quantitativi e qualitativi di buona qualità”** (Lees et al. 1999)*

“Community is Doctor”

**Sono ancora validi i quattro fattori “storici”
individuati da Rapaport? (anni ‘60)**

- ***democratization*** (*democratizzazione*) intesa come divisione del potere decisionale tra operatori e pazienti.
- ***communalism*** (*comunitarismo*) come condivisione delle relazioni e delle responsabilità.
- ***permissiveness*** (*permissività*) come tolleranza della diversità e della devianza.
- ***reality confrontation*** (*confronto con la realtà*) e con le conseguenze dei comportamenti di ciascun membro.

... dalle ricerche di validazione empirica dei 4 principi...

Henderson Hospital di Londra ha realizzato ricerche nel 1955, nel 1973 e nel 1977 nel 1987 e Whiteley e Collis (1987) P. van der Linden (1987) e da Stefan J.A.M. van den Langenberg and Jack J.M. Dekker (1989) Piscopo- Il Porto (2001)

Tutte le ricerche che si sono poste l'obiettivo di validarli sono giunte ad analoghe conclusioni: sia nello studio degli anni '70 condotto da Manning e nella ricerca di Whiteley e Collis (1987) i **temi ideologici** della prima ricerca storica sono **altamente condivisi**, ma non risultarono più come *fattori terapeutici attivi e intrinseci* nella Comunità Terapeutica, bensì come *condizioni* per promuovere i fattori terapeutici e per facilitare il trattamento finalizzato alla *trasformazione* (Dunstan, Birch, 2004).

Secondo interrogativo: l'esperienza comunitaria conferma i fattori terapeutici di gruppo ?

Yalom (1975) Bloch, Reibstein, Crouch, Holroyd e Themen (1979), Whiteley e Collis (1987)

Vengono confermati i fattori terapeutici dei gruppi individuati dalla ricerca di Yalom e Bloch:

- All'inizio del trattamento vengono riconosciuti come fattori di cambiamento più significativi *l'accettazione e l'infondere speranza*, mentre con il procedere della permanenza in comunità subentra invece *l'apprendimento interpersonale* e più avanti ancora *la comprensione di sé*.
- Si riscontrò anche che metà degli "eventi importanti" si erano verificati nelle sessioni di psicoterapia in **piccolo gruppo**, seguito dalla assemblea di CT che acquistava valore soprattutto a percorso inoltrato.

la terapia comunitaria offre qualcosa in più della psicoterapia di gruppo?

“Sembra logico concludere – affermano gli autori – che la comunità terapeutica, mettendo l'accento sulla totalità dell'esperienza del “qui e ora” è un'esperienza notevolmente più ricca per i pazienti, rispetto a un programma formalizzato di sedute di terapia di gruppo (...) Inoltre mentre nella psicoterapia di gruppo le interazioni fuori sedute sono ostacolate perché considerate collusive, in comunità costituiscono un elemento positivo per esplorare negli altri aspetti di sé e fronteggiare conflitti e/o costruire nuovi legami.”

qualcosa in più...

Quello che la comunità terapeutica può offrire e che invece non può offrire una psicoterapia di gruppo ambulatoriale, è l'occasione di ***mettere in pratica*** gli insight e le comprensioni ottenuti nella terapia e di sperimentare nuovi ruoli e nuovi modi di affrontarlo facilitati da un sistema sociale che accetta e comprende. **E' un'esperienza correttiva continua che attraverso il coinvolgimento con la realtà del vivere insieme e dell'affrontare situazioni reali, facilita il trasferimento del cambiamento personale dalla situazione di trattamento alla vita esterna** “ (Whiteley e Collis, 1987, 39).

qualcosa in più...

La comunità emerge quindi nella sua qualità terapeutica di *contenitore investito nel suo insieme* dai residenti, all'interno del quale si realizzano interazioni intense - sia nei *piccoli gruppi che nei contatti della vita quotidiana* - con modalità nuove e in cui è sempre possibile sperimentare un feed back sul modo in cui il nuovo comportamento è stato costruito.

I fattori terapeutici dei gruppi nella riflessione clinica

Bion, Foulknes, Corrao, Correale, Neri, Perini....

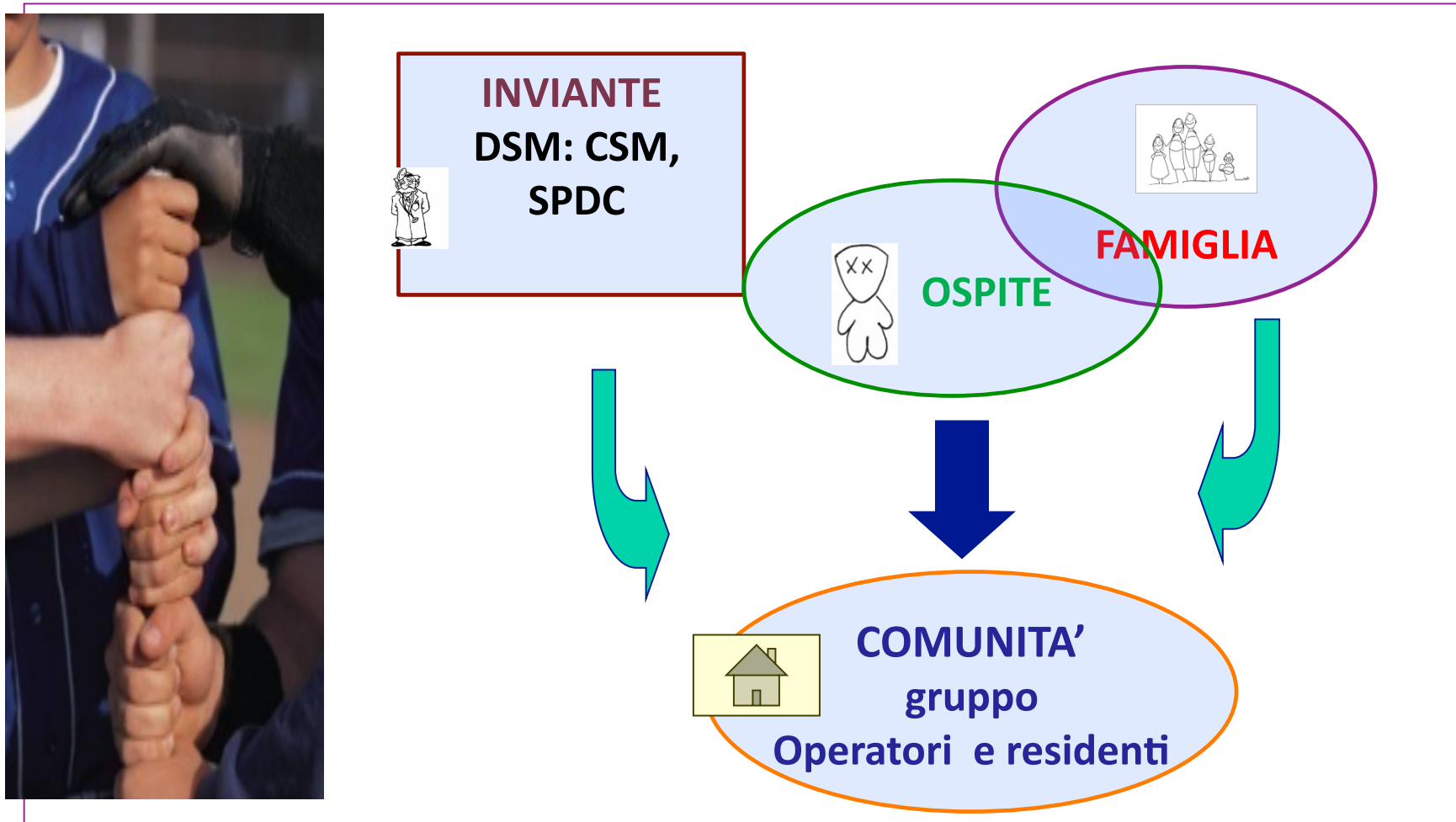
- **Attivazione di una rete di relazioni**
- **Integrazione del Sé e bio-psico-sociale**
- **Senso di appartenenza e leadership**
- **Sperimentazione protetta di reti sociali esterne**

In sintesi i fattori specifici della CT

(Integra 2011, Vigorelli 2011):

- **Residenzialità come contesto globale strutturato di cura condivisa per pazienti gravi.**
- **Specificità per tipologie di ospiti (psicotici, borderline, adolescenti, minori ecc.)**
- **Intervento personalizzato intensivo, ma limitato nel tempo.**
- **Segmento di un processo terapeutico costruito con il residente, i servizi invianti, le famiglie.**
- **Funzioni gruppali in setting definiti (psicoterapia di gruppo, gruppi di attività, assemblea di comunità)**

Attori dell' alleanza e co-creazione del progetto di invio, processo e dimissioni dalla comunità



Fattori aspecifici del trattamento comunitario

- Un altro risultato rilevante che è emerso dalla ricerca di Witly e recentemente da una realizzata dalla CT Il Porto, (Piscopo 2002) è stato che **la metà degli eventi ritenuti più significativi era accaduta fuori dai gruppi formalizzati di terapia negli spazi liberi e informali della comunità**, mentre la maggior parte di essi era riferita ad un *comportamento* piuttosto che da un'affermazione fatta da qualcun altro
- e viene sottolineato che si tratta di un'**azione** compiuta da un individuo in relazione alla comunità nel suo insieme
- Altro dato interessante era relativo a **chi** fosse presente: una bassa percentuale era riferita a figure di operatori, una alta invece, quella degli **“altri pazienti”** o di un **gruppo misto operatori pazienti**.

1) dimensione informale transizionale, interstiziale

(Van der Linden 1988; Roussillon 1987, Racamier 1998)

- E' opinione condivisa dai clinici che questa *dimensione transizionale e intermedia* che si sviluppa soprattutto negli spazi interstiziali- luoghi e tempi di passaggio informali - possa costituire un *fattore terapeutico aspecifico* che accomuna ogni tipo di comunità, al di là dei diversi modelli teorico-operativi, della tipologia clinica dei residenti e della cultura di riferimento.

1) Transizionalità e clima ludico

Processo in cui la relazione non deve essere troppo esplicitata, ma veicolata dall'ambiente e in cui i sentimenti di attaccamento come quelli conflittuali, la vicinanza come la distanza, vengono mediati da un'**area intermedia di attività creativa, di gioco.**

Tipo particolare di *ambiguità*, feconda e positiva, è l'ambiguità dell'oggetto e dello spazio transizionale che si oppone alla logica del tutto o niente della psicosi o del disturbo borderline.

Sta all'équipe con i residenti rianimare le immagini viventi, tramite *gli oggetti parlanti e le azioni parlanti*

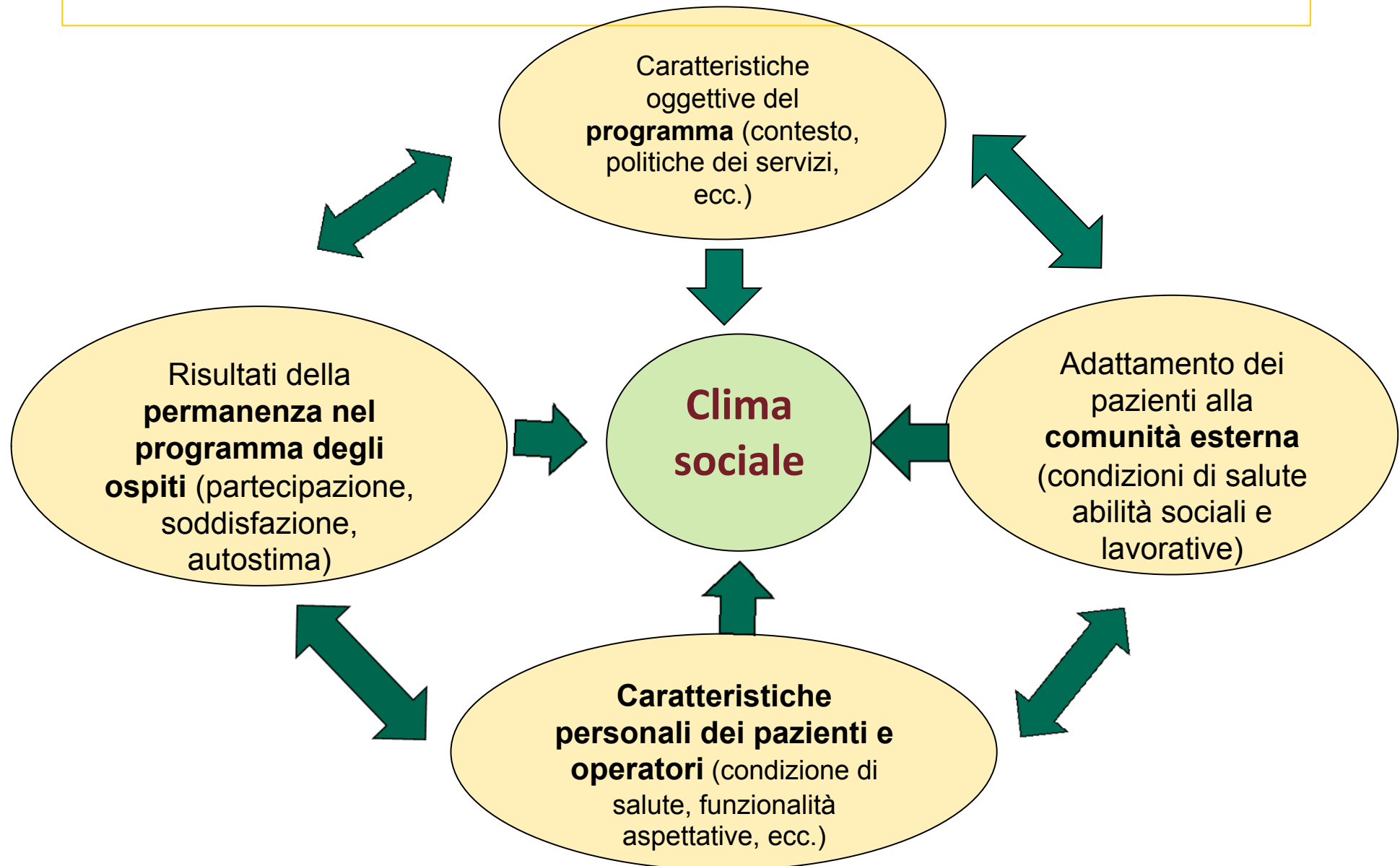
il clima terapeutico come mediatore aspecifico

- Nonostante sia descritto in molti contributi internazionali come caratteristica peculiare dei luoghi di vita comunitari, il “clima terapeutico” è stato considerato come fattore valutabile e mediatore del processo terapeutico comunitario solo dalle ricerche condotte dagli anni '70 ad oggi, dal gruppo americano di Rudolph Moos, che ha costruito un modello concettuale e uno strumento specifico per la sua esplorazione e valutazione.

Valutazione del clima

L'ineffabilità del costrutto del clima da Rudolph Moos definito “culturale e sociale” viene articolata in diversi livelli, valutando in modo integrato tutti i fattori che contribuiscono a creare la realtà ambientale della comunità e che interagiscono tra loro dando come risultante un determinato clima, che a sua volta influenza la permanenza dei residenti nei programmi terapeutici e gli esiti, soprattutto in vista di un inserimento e adattamento più funzionale alla realtà sociale esterna.

Il clima come mediatore aspecifico (R.Moos 2004)



Il clima sociale (Moos 2004)

- I fattori considerati che secondo il suo modello determinano il clima del trattamento sono: 1) le *qualità fisiche e architettoniche* della CT, come comfort e caratteristiche degli spazi a disposizione di residenti e operatori; 2) il *contesto istituzionale* come politiche e aspetti organizzativi dei servizi erogati; 3) le caratteristiche del *fattore umano*, operatori e pazienti/residenti (dati demografici, condizioni di salute, risorse di funzionamento ecc.)
- (COPES (*Community-Oriented Programs Environments Scale*; Moos, 1974) e la WAS (*Ward Atmosphere Scale*, 1974))

...in Italia

In Italia il primo contributo sul tema è stato quello di Luigi D'Elia: *“I fattori terapeutici aspecifici nelle strutture residenziali: l'inusuale osservatorio del quotidiano”* (Ricerca ASIPS e Stella Maris 2009)

L'importanza di questo “ingrediente” per le comunità ha recentemente sollecitato anche due gruppi italiani che hanno costruito due questionari:

- Il CFQ-28i (Community Functioning Questionnaire) sulle capacità di lavoro di gruppo e la leadership e sul “clima terapeutico che emerge nelle riunioni di équipe” (Mito & Realtà 2008-2010)
- IL CFTC_Q (CLIMATE FACTORS IN THERAPEUTIC COMMUNITY QUESTIONNAIRE) sul “clima organizzativo”(Cristofanelli et al. 2010).
- Il VIVACOM Manuale per il Visiting tra Comunità residenziali (Biaggini, Bisanti, De Crescente, Gaburri, Ghisotti, Martini, Moschetti, Pismataro, Vigorelli)

a) L'abitare e il clima sensoriale-emotivo in relazione alla cura del Sé

Sembrerebbe esistere una corrispondenza fra la funzione dell'abitare intesa “come capacità di utilizzare un luogo per deporvi aspetti quotidiani, in forma affettiva e sensoriale, della propria personalità e il *fondo psichico del Sé* di ognuno, inteso a sua volta, come la modalità con cui ogni individuo sperimenta in modo globale la sensazione della propria esistenza e del funzionamento complessivo del proprio corpo e della propria mente come una totalità”. (Correale 1999, 143)

“Per stimolare le componenti terapeutiche della funzione abitativa, come avviene nell'intenzione di chi attiva una CT residenziale, è necessario tenere conto del modo particolarissimo di come il fondo del sé di ciascun individuo continuamente si intreccia e interagisce con i luoghi ove l'individuo sperimenta nel tempo il dispiegarsi della propria quotidianità.

L'articolazione degli spazi concreti della Comunità, vissuti, nominati ed esperiti, spazi dentro cui si svolgono esperienze ed attività condivise, aiuta a costruire la fantasia di uno spazio interno dentro cui collocare un'esperienza. Pertanto l'acquisizione di questa funzione punta sull'esperienza quotidiana e globale fatta e condivisa di stare dentro uno spazio Comunità che a sua volta si articola in altri ambienti”

Abitare e sfondo del sè

- A ciascuno di questi spazi potranno essere associati stati psicofisici e affettivi suscitati dalle esperienze che, in quegli spazi, si andranno a svolgere. Attraverso la **ripetizione di queste esperienze**, il residente avrà l'opportunità di internalizzare l'idea di uno spazio dentro cui avvengono esperienze vitali e quindi a **rafforzare la sensazione di un Sé agente** e luogo di esperienze affettive e un Sé dotato di funzioni

b) protezione, regolazione e clima emotivo sicuro

Protezione intesa come *holding* Winnicott (1958) “tenere saldamente, dare una base su cui poggiare”, condizioni ambientali che favoriscono una relazione di attaccamento e fanno sentire il paziente tenuto saldamente dalla mente del gruppo curante (Ferruta 2007) Questo significa la predisposizione di un setting terapeutico semplice e stabile cui il residente sente di poter contare in un ***clima di sicurezza***.

Si completa con la funzione di ***regolazione delle emozioni e dei comportamenti con valenza strutturante***

c) Quotidianità e clima della condivisione relazionale implicita

Esperienza di interazione e condivisione di atti della vita, partendo dalle attività di mantenimento e sopravvivenza, quali pranzare, dormire, la cura del corpo, il lavoro, a quelle informali o relative al tempo libero (Boccanegra, 1997; Correale, 1997)

Area del comportamento umano più fisica e corporea e quindi meno soggetta a condizionamenti intellettuali o verbali, l'area delle interazioni implicite o procedurali. Questo fa sì che le azioni colte in quest'area contengano una valenza più fluida e sensoriale, meno pensata e verbalizzata e più vissuta.

Come la quotidianità può costituire un potente attivatore del processo di cambiamento?

Condivisione relazionale implicita, come processo di negoziazione interattiva continua che caratterizza la relazione tra il bambino e l'ambiente di accudimento sin dai primi mesi di vita e che riguarda il conoscere come “essere con qualcuno” (Stern, 1985, 1995).

Queste conoscenze procedurali definite “conoscenze relazionali implicite” a valenza sia affettiva che cognitiva si situano al di fuori della consapevolezza (prima della comparsa del linguaggio) e dell'inconscio dinamico; si sviluppano in parallelo con una funzione organizzatrice e sono presenti nel bambino presimbolico, ma continuano ad operare lungo tutto il corso della vita (vedi risultati delle ricerche dell'*Infant Research*, Stern, Brazelton, Trevarthen, Sander, Tronick, Beebe e Lackmann e Lyons Ruth).

La quotidianità trasformativa

Lyons Routh e il Gruppo di Boston sostengono che la creazione di nuovi modi di “essere con” possa avvenire a **livello agito e a livello procedurale e non solo sul piano simbolico e narrativo.**

La trasformazione del sistema relazionale si manifesta quindi attraverso microprocessi, interazioni intime, “piccoli dialoghi collaborativi, costruiti reciprocamente, in maniera in gran parte inconsapevole e in tempi lunghi” (Lyons Routh, 1999, p. 579).

Se pensiamo alla quotidianità comunitaria come intessuta di tanti micro momenti, soprattutto negli spazi informali, interstiziali in cui ospiti e operatori realizzano scambi spontanei e inattesi, transazioni con climi emotivi e sensoriali sfumati, possiamo prospettarci la grande ricchezza di possibilità trasformative che si presenta agli operatori, laddove vengano sensibilizzati a osservare e valorizzare queste modalità relazionali.

in sintesi...fattori aspecifici

Il clima terapeutico come mediatore:

a) Transizionalità

b) Protezione del Sé e regolazione strutturante

c) L'abitare e la quotidianità

Costrutti da verificare nella ricerca

concludendo

“Approfondire *l’interazione* e come si articolano tali fattori (specifici e aspecifici) aiuta a comprendere come le comunità possono essere luoghi di cura, apparati affettivi e nutritivi, *campi* affettivamente orientati e organizzati in cui circolano fattori dinamici, maturativi ed evolutivi “ (L. D’Elia, 2000).

Questo può essere anche un obiettivo delle ricerche future sulle comunità terapeutiche.