

# **Il gruppo mediano psicodinamico per l'inclusione socio-lavorativa dei pazienti con grave patologia mentale**

**Raffaele Barone\* , Simone Bruschetta\*\***

## **L'inclusione socio-lavorativa come pratica di cura della grave patologia mentale**

Riteniamo che i programmi di inclusione socio-lavorativa rientrino a pieno diritto nella redazione del Progetto Terapeutico Personalizzato<sup>1</sup>, in quanto mirati alla cura della persona attraverso il riconoscimento, la valorizzazione e lo sviluppo delle sue parti sane. Nella patologia mentale grave<sup>2</sup>, le parti sane della personalità rappresentano il volano principale su cui programmare l'attivazione di dispositivi di cura delle parti malate e quindi su cui progettare l'intero processo di guarigione.

---

\* Psichiatra, Psicoterapeuta Gruppoanalista. Docente di Psicopatologia e lavoro clinico nella salute mentale, Università degli Studi di Palermo. Presidente onorario Associazione Italiana Residenze per la Salute Mentale (AIRSAM). Dirigente Medico DSM Caltagirone, AUSL 3. È stato componente del gruppo di lavoro presso il Ministero della Salute per l'elaborazione delle Linee di Indirizzo per la Salute Mentale in Italia.

\*\* Psicologo Psicoterapeuta Gruppoanalista. Master Universitario in Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane, Università degli Studi di Catania.

<sup>1</sup> Per Progetto Terapeutico Personalizzato intendiamo, in accordo con le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale (MIN. SAL., 2008), tanto un documento clinico quanto una prassi terapeutica, nella responsabilità del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) territorialmente competente, che ponga il paziente e la sua guarigione al centro del lavoro di un gruppo curante e che, di conseguenza, programmi gli interventi clinici e sociali, fissi gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, monitori e valuti il processo e gli esiti. Spetta quindi ai Dipartimenti di Salute Mentale garantire per ciascun paziente la costruzione di un Progetto Terapeutico che sia:

- Individuale, cioè centrato più sull'utente, sulla sua domanda e sui suoi bisogni, che non sull'offerta dei servizi
- Personale, cioè tarato sulle reali abilità ed inabilità dell'utente, sulle sue parti sane e sulle sue parti malate
- Condiviso, cioè concordato con l'utente, i familiari ed in coordinamento pluri-istituzionale con le altre agenzie sociali del territorio.

<sup>2</sup> Per grave patologia intendiamo un quadro clinico potenzialmente e statisticamente in grado di portare alla morte o di ridurre drasticamente gli anni di vita a causa dell'inabilità che ne deriva. La stima per quest'ultima è data dalle statistiche DALY, il cui indice di annualità di vita o di buona salute perdute a causa di malattia, integra due fattori: gli anni di vita perduti per mortalità prematura (YLL), gli anni di vita perduti per incidenti o limitazioni dovuti all'inabilità conseguente la malattia (YLD). (OMS, 2001) Nel caso della patologia mentale ci riferiamo quindi ad una condizione psicopatologica che possa portare al suicidio, alla morte per incidente dovuto alla inabilità conseguente, alla tragica riduzione della qualità e dell'aspettativa di vita del paziente. Ci riferiamo quindi principalmente ai disturbi psicotici, ai disturbi dell'umore ed alle dipendenze patologiche. Sono queste, ad esempio, le prime tre patologie che "pesano", in assoluto più di tutte le altre (comprese tutte quelle non psichiatriche, e quindi anche le malattie infettive come HIV o cronico-generative come quelle cardio-vascolari) sulla perdita di anni di vita in buona salute a causa di incidenti o limitazioni dovuti all'inabilità nella fascia d'età tra i 15 ed i 44 anni (YDL).

Per questo motivo pensiamo ai Servizi di Salute Mentale come a dei nodi di una rete più ampia di servizi comunitari alle persone, alle famiglie ed alle organizzazioni sociali. Per lo stesso motivo intendiamo fondamentale la partecipazione alla definizione, monitoraggio e valutazione del Progetto Terapeutico Personalizzato, di molti altri soggetti, rispetto a quelli clinici, burocraticamente competenti. Nuovi soggetti come le famiglie, gli imprenditori, le cooperative sociali, gli Enti locali, le agenzie pubbliche e private; e forse prime fra tutte, come suggerisce il Libro Verde<sup>3</sup> sulla Salute Mentale della Commissione Europea (2005): le organizzazioni dei pazienti e la comunità dei ricercatori.

Nel tempo sono state elaborate e sudiate, dagli addetti ai lavori, diverse modalità di accesso al mondo del lavoro per i pazienti che soffrono di grave patologia mentale (Barone, Bellia, 2000; Barone, D'Anna, Volpe, 2001; Barone, 2002).

Oltre al Lavoro Dipendente ed al Lavoro Autonomo, più o meno protetti, sostenuti e tutelati, un'altra modalità di accesso al modo del lavoro, oggi forse la più diffusa per i pazienti psichiatrici, si è rivelata quella della Cooperazione Sociale. In particolare lo status di socio-lavoratore di una cooperativa, anche di Tipo B ma non necessariamente, sembra ben adattarsi ai programmi di inclusione socio-lavorativa presenti in molti Progetti Terapeutici Personalizzati. Non bisogna infine dimenticare le più recenti possibilità offerte dal Tirocinio Formativo e dal Lavoro Interinale ed infine quelle offerte dalle Borse Lavoro che le agenzie di protezione sociale erogano ai soggetti svantaggiati come forma di assistenza alternativa al semplice sussidio economico.

Si tratta quindi di sostenere una politica sociale e culturale che permetta di considerare sempre e comunque come cittadino, chi ha sofferto di patologia mentale anche grave, che si prenda cura dei legami sociali e delle appartenenze culturali e che non si fermi quindi alla semplice erogazione della pensione di disabilità o di un misero sussidio economico.

---

<sup>3</sup> Il Libro Verde (Com, 2005) che la Commissione Europea ha redatto su invito della Conferenza Ministeriale Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2005), svoltasi ad Helsinki nel gennaio del 2005, si apre con tre affermazioni strategiche ed assieme programmatiche sull'importanza della salute mentale nel miglioramento della qualità della vita dei cittadini europei e nello sviluppo sociale, economico e culturale dell'Europa nel suo complesso.

1. Un cittadino europeo su quattro è affetto da grave patologia mentale
2. Le patologie mentali comportano perdite economiche significative per l'UE
3. Il mancato rispetto della dignità dei pazienti è contro i valori europei fondamentali

Le linee strategiche proposte dal Libro Verde sono essenzialmente due:

- Migliorare la coerenza degli interventi nel settore sanitario e tra questo settore ed i settori non sanitari; primi fra tutti i settori economico, sociale, educativo, produttivo, giudiziario e penale.
- Promuovere la partecipazione di un'ampia gamma di persone, agenzie ed istituzioni interessate alla ricerca di soluzioni; primi fra tutti le organizzazioni dei pazienti e la comunità dei ricercatori.

Prendersi cura dei legami sociali vuol dire lavorare su quell'elemento connettivo specifico per le reti sociali, rappresentato dalla *cultura fondativa* di ciascuna comunità sociale, e sviluppare quindi quel sentimento di appartenenza ed identità sociale, detto *cittadinanza*.

### **Un dispositivo di inclusione socio-lavorativa per il servizio di orientamento professionale**

La formazione psico-sociale per chi soffre di grave patologia mentale prevede quindi la progettazione, la costruzione e la gestione di un dispositivo terapeutico/formativo gruppettuale-comunitario specifico, che si vuole attraversato da altrettanto specifiche dinamiche istituzionali, che ne rappresentano la *dimensione istituyente* (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007). Attraversamenti, questi, che devono essere pensati, elaborati e necessariamente visualizzati tanto da chi progetta e/o commissiona l'intervento formativo, quanto dai conduttori dei gruppi di formazione ed infine dagli stessi gruppi durante il loro svolgimento. (Barone, Bellia, 2000)

Il primo attraversamento è quello del progetto di sviluppo locale ed al contempo di salute mentale, che istituisce un servizio di orientamento professionale attraverso il gruppo di formazione psico-sociale; che può svolgersi sia in contesto istituzionale pubblico che privato. Ci riferiamo qui al pensiero sulle motivazioni politico-istituzionali e le esigenze clinico-sociali che determinano l'attivazione di tale servizio.

Il secondo attraversamento, non meno importante è quello contestuale della comunità locale cui appartengono gli utenti del progetto e quindi i membri del gruppo; ma anche delle comunità di vita e di cura degli utenti stessi e delle loro famiglie d'origine.

Non ultimo, vi è poi quello specifico attraversamento rappresentato dagli intenzionamenti della comunità scientifica e professionale cui appartiene lo staff di committenza, progettazione e conduzione del servizio di orientamento professionale e del dispositivo terapeutico/formativo da esso attivato.

Nella nostra esperienza questi gruppi sono *concepiti* a termine, a conduzione psicodinamica-gruppoanalitica, di tipo espressivo-esperienziale e di grandezza mediana (15/30 persone circa).

*Il gruppo gruppoanalitico* concepisce infatti la psicodinamica individuo-contesto secondo due assi (Hopper, 1994): quello orizzontale, collegato alla dimensione del *qui ed ora* del gruppo e del *là ed ora* della comunità, e quello verticale, collegato da una parte con la storia delle relazioni infragruppo e con l'evoluzione dell'esperienza gruppettuale, il *qui ed allora*, e dall'altra con la storia personale e del gruppo familiare d'origine di ogni partecipante, il *là e allora*. Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante nei dispositivi di formazione psico-sociale e di sostegno psico-socio-economico, proprio perché analizza il rapporto tra il soggetto e le sue appartenenze attuali familiari, istituzionali e comunitarie.

*Il gruppo espressivo* assomma invece la fenomenologia della classica psicodinamica dei gruppi esperienziali con la metodologia della relazione corporea, della comunicazione non verbale e della conoscenza e rivelazione di sé attraverso tecniche attive, creative ed artistiche (danza, teatro, musica, pittura, fotografia, cinema, ecc.). Sono gruppi *basati sul fare*, spazi d'azione (intermediazione e trasformazione – Bellia, 2002) in cui la creatività permette la *ri-co-costruzione di oggetti transizionali* che permettono di analizzare, riflettere e condividere i *modelli culturali familiari interiorizzati* (Rouchy, 1998; Menarini, Amaro, Papa, 1995) attraverso le prime cure corporee, i primi giochi simbolici, i primi ritmi appresi, i primi riti alimentari. Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante nei dispositivi terapeutici, in analizza il rapporto tra le matrici familiari e le matrici culturali del sé, secondo due assi: quello verticale del *transgenerazionale*, che filtra per il soggetto le dinamiche transpersonali etnico-antropologiche, e quello orizzontale del *transfamiliare*, che filtra invece le dinamiche transpersonali istituzionali..

*Il gruppo mediano* è concepito in questo dispositivo come *centrato sull'esperienza*<sup>4</sup> (Foulkes, 1975a), cioè con l'obiettivo di analizzare i vissuti di ciascuno rispetto all'esperienza di gruppo, e con un oggetto di studio rappresentato delle matrici di base dei partecipanti. La matrice di base si fonda infatti su ciò che accomuna tutti i soggetti che appartengono alla stessa cultura, in quanto permette la generazione della vita psichica dalle fondamenta biologiche della specie *sapiens sapiens* organizzandola attraverso modelli culturalmente codificati. (Foulkes, 1975b)

Lo spazio d'azione va poi pensato, per i gruppi mediani, anche come spazio di intermediazione e trasformazione (Bellia, 2002) tra le matrici familiari e le matrici sociali del sé, allargando l'analisi dei temi culturali a quelli propri del campo sociale, come ad esempio quelli che riguardano *i confini dell'esperienza e della conoscenza umana*<sup>5</sup> (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007)

---

<sup>4</sup> L'esperienza soggettiva del campo sociale attivata dai gruppi mediani necessita di una elaborazione psicodinamica mediate il *dialogo*, gruppoanaliticamente inteso. Il dialogo, in questo caso, è un vero e proprio processo mentale, conscio ed inconscio, corporeo e relazionale, cognitivo ed emotivo che permette al gruppo mediano di operare la ri-fondazione gruppale e comunitaria della cultura locale. Condividendo e scambiando i temi culturali e sociali, sviluppando sentimenti di reciproco riconoscimento e collaborazione definiti appunto *koinonia* (de Marè et. al,1991). Esperienza questa che appare immediatamente *non familiare*, nel senso sia metaforico che letterale del termine. Nel senso che come in tutti i gruppi di ampio formato si generano, all'inizio dell'esperienza gruppale, sentimenti di frustrazione, smarrimento ed impotenza dovuti alla difficoltà di dare significato alla compresenza di tanti soggetti in un contesto ambiguo e poco strutturato. Le categorie di pensiero ed i codici di significazione connessi *all'universo familiare* non permettono infatti, da soli, una sufficiente ed adeguata comprensione delle dinamiche gruppali e comunitarie del dispositivo che organizza il gruppo. (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007)

<sup>5</sup> *Temì propri del campo sociale* sono ad esempio (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007): quelli legati alla salute, alla malattia ed alla sofferenza; quelli connessi ai processi di comunicazione, di influenza e di dominio in ogni livello delle relazioni; quelli delle culture e delle identità differenti che entrano in conflitto o che dialogano e si riconoscono; quelli vicini alla fenomenologia della società più ampia

L'intento formativo psico-sociale del nostro dispositivo è quindi centrato sull'identità professionale degli utenti, che qui smettono di essere pensati come pazienti per riconoscersi alla fine del percorso come cittadini che necessitano di un specifico sostegno psico-socio-economico.

L'obiettivo principale è quello dell'analisi del rapporto tra:

- ciascun partecipante al gruppo ed i suoi investimenti ed atteggiamenti personali rispetto al lavoro,
- il campo mentale del dispositivo terapeutico/formativo di inclusione socio-lavorativa, che organizza il gruppo di formazione psico-sociale,
- le attese istituzionali, che la committenza ha sviluppato rispetto agli obiettivi del progetto che istituisce il servizio orientamento professionale,
- i vincoli e le risorse che la comunità locale pone rispetto al lavoro dei soggetti svantaggiati in generale e dei pazienti psichiatrici in particolare.

La committenza del servizio in genere è rappresentata da enti pubblici, servizi socio-sanitari altrettanto pubblici, agenzie territoriali di sviluppo locale, ma anche associazioni di volontariato costituite da familiari e/o da pazienti psichiatrici stessi, e non ultime, cooperative sociali che hanno in gestione comunità alloggio, gruppi appartamento o servizi domiciliari e che vedono in questo nuovo dispositivo terapeutico/formativo un'efficace pratica clinica per il rafforzamento dei Progetti Terapeutici Personalizzati dei loro utenti e contemporaneamente di ampliamento delle attività socio-economiche della cooperativa stessa.

Le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale (MIN. SAL. 2008), oggi aggiungono anche che, rispetto a tutta questa dimensione pluri-istituzionale, ciascun Dipartimento di Salute Mentale ha l'obbligo di fornire sostegno e coordinamento ai servizi di orientamento professionale dei pazienti affetti da grave patologia mentale..

In genere questi gruppi di formazione hanno una durata modulabile in termini di annualità. In alcuni progetti di sviluppo locale possono anche servire ad orientare i partecipanti verso una tipologia particolare di lavoro, rappresentata dal settore economico su cui il progetto sta investendo. In questo caso il gruppo fornisce non solo una formazione orientata allo sviluppo dell'identità professionale, ma anche una formazione ed informazione più specifica sui profili professionali richiesti dal settore economico di investimento. Informazioni dettagliate possono essere fornite in merito all'espletamento legale delle varie mansioni, all'esercizio regolamentare delle professioni, al livello di istruzione necessario ed ai titoli riconosciuti, ecc. ecc. Ciascun partecipante potrà così orientarsi, con il sostegno del gruppo, verso una specifica ed a lui confacente tipologia di lavoro retribuito.

---

(potere, scelte politiche, appartenenze e classi sociali, conflitti storici tra popoli, nazioni etnie); temi di carattere più squisitamente antropologico-filosofico (la morte ed il senso dell'esistenza, l'etica e l'epistemologia della conoscenza, la religiosità, la giustizia ... ).

La formazione psico-sociale di base proposta da questi gruppi ha invece il molteplice obiettivo di stimolare la riflessione dei partecipanti sulle proprie esperienze, potenzialità e risorse professionali, sulla possibilità di trasformarle in un progetto di impiego o auto-impiego concreto, sui vincoli sociali, giuridici, economici e non ultimo familiari, che condizionano tale possibilità.

Il gruppo dovrà quindi lavorare sulla motivazione dei propri partecipanti ad uscire dalla condizione di emarginazione sociale in cui versano, ad investire maggiormente sulla propria identità professionale, ed a trasformare in una specifica professionalità il lavoro di servizio e/o protetto più o meno volontario che di solito già tutti i giorni i suoi membri esercitano in famiglia, o nelle residenze più o meno sanitarie nelle quali abitano, per poterlo infine spendere al meglio sul mercato del lavoro. Esperienza queste che, con le connesse competenze apprese ed esercitate, potranno così essere spese al meglio sul mercato del lavoro.

### **Il gruppo mediano di formazione nel dispositivo di inclusione socio-lavorativa**

Il gruppo di formazione psico-sociale dei pazienti con grave patologia mentale si caratterizza quindi, come già detto, in un gruppo mediano a conduzione psicodinamica-gruppoanalitica con carattere prettamente espressivo-esperienziale. La metodologia che lo contraddistingue è quella dell'esposizione personale dei partecipanti rispetto alla riflessione sulle tematiche sopra descritte dell'inclusione socio-lavorativa, alla loro partecipazione alle attività proposte dal conduttore (tecniche espressive e corporee, e ove uno dei due conduttori fosse specificamente formato: *psicosociodramma*, *danzamovimentoterapia*, *laboratorio immagini-relazioni*, ecc.), ed all'elaborazione di tutto questo attraverso la processualità del lavoro di gruppo.

I conduttori, in genere psicologi e psichiatri esperti in psicoterapia di gruppo, meglio se in coppia di co-conduzione, devono anche essere già formati alla conduzione di gruppi mediani clinico-sociali, possono anche essere coadiuvati da uno staff composto da osservatori partecipanti e dai referenti istituzionali del progetto che ha istituito il servizio di orientamento professionale all'interno del quale è stato concepito il dispositivo terapeutico/formativo in questione.

Il conduttore è il garante dell'organizzazione di lavoro del gruppo di formazione e della processualità attivata dal suddetto dispositivo. Processualità che, nella nostra esperienza, è sempre stato possibile articolare in quattro fasi.

La prima e fondamentale fase di lavoro normalmente consiste nell'accoglienza dei partecipanti da parte dei referenti istituzionali e dei conduttori e nella formale presentazione di tutti i partecipanti e di tutti i membri dello staff. In questa fase avviene anche la presentazione del progetto di sviluppo locale o di salute mentale che ha istituito il gruppo di formazione.

La seconda fase è quella della presentazione personale dei singoli partecipanti e della raccolta delle loro aspettative implicite ed esplicite rispetto alla partecipazione al gruppo. Questa è la prima delle due fasi centrali del processo e prevede la conoscenza reciproca per la fondazione della matrice dinamica del gruppo. Tale fondazione avviene attraverso lo scambio, la risonanza ed il rispecchiamento reciproco delle esperienze personali di ciascuno rispetto alle tematiche della formazione scolastica o professionale, dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale in genere. In genere, in questa fase, si lasciano sullo sfondo tutte le tematiche relative alla storia clinica di ciascuno ed alla sofferenza mentale che la patologia di ciascuno ha determinato. Le dimensioni mediane del gruppo aiutano i conduttori a centrare il lavoro sulla dimensione comunitaria dell'esperienza evitando che le tipiche dinamiche transferali del piccolo gruppo psicoterapeutico prendano il sopravvento.

La terza fase è quella del lavoro di attraversamento ed approfondimento dei vari temi, modelli e valori culturali emersi rispetto al mondo del lavoro ed alla comunità locale. Lo svolgimento di giochi di gruppo di tipo espressivo-corporeo, stimola la partecipazione e l'elaborazione di tutti i membri del gruppo e permette ad ognuno di cimentarsi con le tipiche difficoltà di gestione delle regole condivise e della collaborazione con gli altri. Sono questi due aspetti fondamentali per una buona preparazione di base all'inserimento nel conteso lavorativo, sui quali il gruppo lavorerà per tutta la durata dell'esperienza.

La quarta ed ultima fase consiste nella costruzione di un senso gruppale sulle tematiche emerse, nella valutazione istituzionale del contesto sociale di appartenenza e contemporaneamente nella condivisione di nuove rappresentazioni mentali che ciascun partecipante ha sviluppato, attraverso l'esperienza del gruppo, rispetto all'investimento formativo ed alla identità professionale.

L'obiettivo di questi gruppi è inoltre quello di permettere ai suoi partecipanti di sviluppare una rete di legami interpersonali che possano continuare a funzionare anche dopo la fine dell'esperienza formativa e che servano, per ciascuno, da riferimento cognitivo/affettivo per dare senso alla propria condizione sociale e lavorativa, ma anche da sostegno emotivo e sociale alla propria realizzazione professionale. Inoltre l'esperienza gruppale permette ai partecipanti di fermarsi a riflettere sulle modalità con cui la loro famiglia, e le istituzioni pubbliche e sociali della loro comunità, hanno sostenuto, piuttosto che vincolato se non francamente ostacolato, lo sviluppo della loro identità professionale.

Un dispositivo terapeutico/formativo così organizzato, crea infatti una dinamica psichica di tipo comunitario, che permette di istituire un contesto *altro*, oltre che *protetto*, dal quale osservare con maggior distacco, il proprio modo di partecipare e di contribuire alla vita della propria famiglia e/o della propria comunità di vita, per elaborare ed immaginarsi, magari attraverso il confronto con altre persone, nuove soluzioni al disagio personale e nuove possibilità di realizzazione professionale.

## **Le dinamiche del set(ting) del gruppo di formazione psico-sociale**

Rispetto a tutto ciò la funzione formativa del set(ting)<sup>6</sup> gruppale-comunitario è quella di permettere la visualizzazione delle dinamiche istituzionali intenzionanti il gruppo e la riflessione sulle modalità personali di ognuno di pensarsi parte di una comunità sociale che comprende non soltanto il proprio ambiente di vita familiare ma anche dinamiche culturali, economiche e politiche che bisogna imparare a riconoscere. A questo si aggiunga una funzione più analitica di riflessione sugli intenzionamenti familiari rispetto allo sviluppo della propria identità sociale, cioè rispetto al ruolo che ciascuno si ritrova ad interpretare nello sviluppo della propria comunità di vita. Ma anche una funzione di interconnessione tra pazienti e/o ex-pazienti psichiatrici di una stessa comunità, che si trovano tutti in situazione di disagio psico-socio-economico, e che hanno così la possibilità di scoprirsi risorsa l'uno per l'altro. Mettendo quindi le basi per il superamento di quella diffusa diffidenza reciproca che preclude loro la pur minima possibilità di incidere sulle dinamiche culturali, economiche e politiche che attraversano i loro spazi di vita. Le stesse dinamiche che portano all'emarginazione sociale di questi soggetti e che possono impedire lo sviluppo, ma spesso anche la sopravvivenza stessa, della comunità sociale territorialmente (politicamente ed antropologicamente) intesa.

Pensiamo quindi al lavoro di questi gruppi come ad un processo di rielaborazione collettiva che si svolge secondo le quattro fasi sopra descritte, distinte sebbene sfumate una nell'altra, ma pur sempre in successione cronologica.

1. Analisi della domanda esplicite ed implicite.
2. Donazione di senso all'incontro con l'altro
3. Sviluppo di competenze psico-sociali
4. Tessitura della rete comunitaria di sostegno e partecipazione

I partecipanti spesso si presentano al gruppo attraverso un lamento rituale, un pianto metaforico che parlava di povertà, di sofferenza e malattia e soprattutto di disagio

---

<sup>6</sup> Il concetto di Set(ting) è una delle più profonde elaborazioni dell'originale intuizione di Sigmund Foulkes su come e cosa poter considerare il "contesto terapeutico". Il padre della gruppoanalisi lo definisce appunto: la "situazione totale" e con essa intende "tutte le circostanze oggettive della realtà e le regole, implicite o esplicite, osservate nell'incontro". Essa "va considerata come lo schema di riferimento per tutte le operazioni e per l'interpretazione (la comprensione) di tutti gli eventi osservabili" (Profita, Venza, 1995).

Il Set(ting) è la macro unità di analisi per la comprensione degli accadimenti relazionali all'interno della situazione terapeutica. Lo Verso (1994) propone infatti di chiamare Set(ting) la connessione del "campo procedurale" (Set) e del "campo mentale" (Setting) della cura. Giannone e Lo Verso, approfondendo la riflessione, di Nathan (1996) e di Menarini e Pontalti (1986), su queste due grandi aree, che possono essere osservate all'interno del più generale "campo esperienziale" della terapia, ripropongono tale distinzione per indicare (Giannone, Lo Verso, 1997):

- a) con il termine Set, "le variabili strutturali, visibili, esplicitamente definite che stabiliscono il territorio, i confini, le caratteristiche e le fondamentali regole di esistenza della situazione terapeutica";
- b) con Setting, "le variabili teoriche e quelle personali del terapeuta, riferibili all'impianto strutturante, invisibile, ad essa sotteso".

familiare. La richiesta esplicita è spesso quella di un *sussidio* o un *posto*, non proprio o non ancora di un *lavoro socialmente riconosciuto come tale* o comunque *legalmente retribuito*.

Essi portano le *voci* dei familiari e degli operatori che sono stati loro accanto durante tutta la storia della loro malattia. *Voci* che spesso si lamentano a loro volta delle incapacità dei pazienti, o che profetizzano tragedie in conseguenza di decisioni sciagurate circa il futuro.

La richiesta implicita è spesso in questi casi quella di non compromettere il delicato equilibrio che ciascuno ha trovato nel tempo tra le esigenze personali di sostegno ed assistenza, quelle delle istituzioni sociali che lo hanno, fino a questo momento, preso in carico, e gli assetti familiari che spesso assicurano l'unica fonte di gratificazione/realizzazione personale. Tale equilibrio, che fa quindi paura mettere in discussione, regge però pratiche di vita sociale che limitano enormemente non soltanto la possibilità dei soggetti con grave patologia mentale di contribuire allo sviluppo della propria famiglia e della propria comunità di appartenenza, ma anche la possibilità di portare a termine il Progetto Terapeutico Personalizzato verso un completa guarigione.

La discussione sulla distribuzione dei ruoli, dei compiti e delle responsabilità sociali e domestiche, siano queste relative agli alloggi familiari o di residenzialità sanitaria, apre di solito alla possibilità di riflettere sui valori e sui temi culturali che organizzano la vita di ciascun abitante la comunità locale. Diventa così possibile allargare il campo di osservazione per uscire dalla logica contingente del bisogno immediato di aiuto economico.

Questa dinamica apre ad una seconda fase processuale che permette di riflettere sul senso che ha l'incontrarsi per parlare di se stessi e nella propria comunità di vita. La comunità viene di solito riconosciuta dai partecipanti come un luogo di vita in cui tutti si conoscono, perché spesso ci si è visti nei vari servizi, corridoi, uffici, ecc., ma senza parlarsi, per diffidenza, paura, noia, tristezza, ecc. Ci si rende così conto che in realtà non ci si conosce veramente, ma solo per luoghi comuni, attraverso altrettante *voci*, le voci del paese o le voci di corridoio. *Voci* che alla fine del processo gruppale vengono descritte come tendenzialmente fallaci e superficiali.

Pian piano emerge così il bisogno di incontrarsi in maniera più profonda ed autentica, riscoprendo il piacere di parlare dei propri problemi connessi a quelli della propria comunità di vita, della condizione di lavoro dei soggetti svantaggiati, ma anche delle situazioni in cui si trovano le proprie famiglie e le proprie dimore, più o meno sanitarie, più o meno protette.

Emerge di solito il bisogno di narrarsi proprie storie di vita, non solo le storie cliniche, di raccontare le origini delle situazioni familiari, cliniche e personali descritte in precedenza durante la fase di presentazione. Vengono così fuori *storie "esemplari"*, storie di quelle persone che hanno molto sofferto a causa di una grave patologia mentale

e/o di grave disagio psico-socio-economico. Ma anche storie di bambini o ragazzi che sono stati educati, o costretti, alla rinuncia di qualsiasi slancio vitale che li potesse portare verso una pur minima futura realizzazione personale e professionale.

Queste storie, anche grazie alle tecniche espressive e corporee utilizzate prevalentemente nella terza fase del processo, vengono confrontate, scambiate e rielaborate dal gruppo in maniera da formare alla fine un testo collettivo accomunante nel quale ognuno potrà rispecchiarsi e riconoscersi come protagonista, spesso vittima, ma potenzialmente anche carnefice inconsapevole dei propri stessi familiari.

Il gruppo, è di solito aiutato dalla differenza di età tra i partecipanti. Attraverso l'attivazione di una dinamica di confronto intergenerazionale, il gruppo può infatti elaborare il "portato" culturale della generazione passata su quella futura e quindi riconoscere la funzione di trasmissione inconsapevole di valori e temi culturali, che ciascuno può incarnare dentro il proprio mondo familiare.

Lavorare su questi temi e sulla riscoperta della responsabilità sociale rispetto al proprio essere nel mondo, al *posto* che si occupa in esso, è quindi uno degli obiettivi clinico-sociali fondanti questo tipo di gruppi mediani.

La quarta fase del processo elaborativo porta infine alla scoperta delle potenzialità del gruppo stesso, del fare rete e del sentirsi comunità. Le persone partecipanti al gruppo possono cioè riflettere sull'importanza della propria autopromozione e quindi sull'importanza della loro ulteriore partecipazione alla promozione sociale dei valori umani, allo sviluppo della comunità stessa e al miglioramento delle condizioni di vita delle proprie famiglie e dei propri alloggi.

Il gruppo diventava quindi un'occasione per ritessere le reti di solidarietà locale, di vicinato e di territorio, potendo anche guardare in faccia la paura e la diffidenza dell'altro, per riconoscerla e rendere parlabile. L'Altro potrà così essere sentito non soltanto come un concorrente in competizione per rubarti spazi ed opportunità, ma anche come colui con cui è possibile associarsi e collaborare per costruire nuove possibilità professionali e reali alternative di vita nei propri contesti sociali di appartenenza.

## **Bibliografia**

Barone R. (2002). *Cantieri aperti: società locale e salute mentale*. Caltagirone (CT): Accademia della piazza.

Barone R., Bellia V. (2000). *Il volo dell'airone*. Milano: FrancoAngeli.

Barone R., D'Anna A., Volpe A. (2001). *I percorsi per l'inclusione sociale*. Caltagirone (CT): Accademia della piazza.

- Bellia V. (2002), Gruppi in (?)azione per la salute mentale; in Di Maria F., Lo Verso G. *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Cortina.
- COM (2005) 484 Definitivo, *Libro Verde. Migliorare la salute mentale della popolazione*; Bruxelles.
- De Maré P. B., Piper R., Thompson S (1991), *Koinonia: From hate through dialogue to culture in the large group*. London: Karnac Books. Trad it. (1996). *Koinonia. Dall'odio, attraverso il dialogo, alla cultura nel grande gruppo*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Foulkes S. (1975a), L'approccio psicoanalitico ai problemi del gruppo allargato; trad it. in Kreeger L. (1978), *Il gruppo allargato. Dinamica e terapia*. Roma: Armando.
- Foulkes S. H. (1975b), *Group-Analytic Psychotherapy*; London: Gordon & Breach. Trad. it. (1986) *La psicoterapia gruppoanalitica*, Roma, Astrolabio.
- Giannone F., Lo Verso G. (1997), Problematica del setting e valutazione della situazione terapeutica; in Profita G., Ruvolo G., *Variazioni sul setting*. Milano: FrancoAngeli.
- Hopper E. (1994), Il tempo del cambiamento; in Di Maria F., Lavanco G. *Nel nome del gruppo*. Milano: Franco Angeli.
- Lo Verso G. (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Boringhieri.
- Menarini R., Amaro C., Papa M. (1995), La terapia gruppoanalitica: campo mentale del trans personale e della polis; in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei gruppi*. Milano: Cortina.
- Menarini R., Pontalti C. (1986). Il set familiare; in *Psicoterapia e scienze umane*, n. 4.
- MIN. SAL. (2008). *Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale*. Governo Italiano, Ministero della Salute; Roma.
- Nathan T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Boringhieri.
- OMS (2001), *Rapporto sulla salute mentale: nuova visione, nuove speranze*; Geneva.
- OMS (2005), *Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa. Affrontare le sfide, creare le soluzioni*; Helsinki.
- Profita G., Ruvolo G., Lo Mauro V. (2007). *Transiti psichici e culturali*. Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- Profita G., Venza G. (1995), Il gruppo in psicologia clinica, in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei gruppi*. Milano: Cortina.
- Rouchy J.-C. (1998). Il gruppo spazio analitico. Trad. it. (2002) Roma: Borla.