

RELAZIONE SU UN ESPERIMENTO DI COMUNITÀ TERAPEUTICA AUTOGESTITA DAI PAZIENTI¹

Fabrizio Napolitani

Negli ultimi anni è stata data sempre maggiore attenzione ai metodi per passare da una custodia di guardia a una custodia dinamicamente orientata.

Molti autori concordano nel definire il risultato dei loro sforzi come “comunità terapeutica” e un importante punto di riferimento è il lavoro della *First Research Conference on the Therapeutic Community* i cui atti sono stati raccolti e curati da Herman C.B. Denber, direttore della Psychiatric Research del Manhattan State Hospital di New York e pubblicati lo scorso anno da Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.

Due anni fa ho provato a organizzare una unità psichiatrica come unità terapeutica *speciale*, nell'ospedale Bellevue del dottor Binswanger a Kreuzlingen (Svizzera). Dico *speciale* perché *ho disegnato e organizzato l'unità sull'ipotesi che il vivere insieme dei pazienti e degli psichiatri, senza altro tipo di personale, avrebbe potuto rendere conseguibile un progresso nell'efficacia terapeutica di una comunità così organizzata*. In questo modo, nell'unità *tutti* i compiti normalmente svolti dal personale infermieristico e domestico sono stati completamente assunti dai pazienti e svolti solo da loro.

L'unità di cui parlo è alloggiata in un complesso di tre piani che può accogliere 23 letti. I pazienti, uomini e donne, sono per lo più stranieri, economicamente benestanti e molti di buon livello culturale. Sono in maggioranza giovani, tra i 18 e i 40 anni, ma occasionalmente c'è anche qualche paziente più anziano. Per evidenti ragioni di ordine psichiatrico, visto che la comunità funziona senza alcun tipo di personale, abbiamo preferito sistemare i pazienti in camere doppie o triple. Due assistenti medici psichiatri e io stesso ci dedichiamo completamen-

¹ In *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*, University of Toronto Press, McGill University Press, Canada 1961, poi pubblicato in italiano su *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, n. 1/2006, Franco Angeli, Milano, 2006.

te ai pazienti per tutto il giorno, mangiando con loro e condividendo parte della loro vita durante la giornata.

In questa unità, i pazienti hanno diagnosi di diverso tipo nell'ambito delle sindromi psichiatriche, ma sono stati esclusi i casi di sofferenza cerebrale organica acuta. Tutti i pazienti sono trattati in psicoterapia sistematica e intensiva individuale o di gruppo, nessuno di loro è, però, sottoposto a elettroshock, né a terapia di insulina, né a cura del sonno. La ragione risiede non solo nel nostro convincimento teorico e terapeutico, ma principalmente nel fatto che la maggior parte di questi pazienti aveva già subito tali trattamenti in precedenza. Per lo stesso motivo, anche la terapia farmacologica è ridotta al minimo.

I pazienti di Villa Landegg, questo il nome della nostra unità, sono casi gravi, generalmente di psicosi cronica, vale a dire che molti di loro sono arrivati qui dopo trattamenti ricevuti in diverse altre cliniche psichiatriche. Per questo la nostra casa dispone delle consuete misure di sicurezza di un reparto chiuso. Ma la differenza sta nel fatto che un nostro paziente, condizioni permettendo, può avere in affidamento la chiave della casa. Il permesso di avere la chiave, che può essere revocato, è una delle misure amministrative che hanno scopo terapeutico. Vorrei comunque sottolineare che tale misura, come altre simili, viene adottata solo dopo essere stata discussa con i pazienti durante gli incontri di gruppo. La vita del dipartimento si svolge secondo un programma dinamico, cioè un piano che viene adeguato continuamente in base ai cambiamenti delle circostanze in modo da andare sempre incontro alle effettive esigenze dei pazienti.

Ecco alcuni esempi della vita quotidiana della nostra unità. I pazienti curano le loro stanze e la sala comune. Svolgono anche le attività di cucina. Ognuno ha il suo turno. I cibi sono preparati da squadre di due pazienti, che si alternano giornalmente, secondo un calendario settimanale prestabilito.

Ad alcuni pazienti vengono affidate *funzioni speciali*, quali la contabilità, il servizio di posta e telefono, il controllo della porta esterna e così via. C'è anche un "comitato per i programmi culturali e di intrattenimento", che organizza, a titolo di esempio, corsi di lingua e cura un notiziario della casa. In questo bollettino i pazienti possono liberamente esprimere le loro opinioni e critiche in merito a tutto e a tutti, medici compresi.

Un'attenzione speciale si deve al modo in cui i pazienti, quelli che ne hanno la capacità, assolvono le funzioni di assistenza infermieristica.

I pazienti addetti all'assistenza infermieristica distribuiscono le medicine, accompagnano a passeggio pazienti in difficoltà e assistono i più gravi giorno e notte nelle stanze di vigilanza, sempre secondo uno speciale mansionario. I pazienti che svolgono questo compito mantengono anche un registro delle attività. Questi registri rappresentano uno straordinario patrimonio di testimonianze umane. L'abbondanza e l'originalità delle osservazioni, la ricchezza e la profondità dei sentimenti e delle impressioni sono sbalorditive! La differenza più

evidente tra questi rapporti e quelli redatti da personale infermieristico professionale è, tuttavia, di facile comprensione. Sarà sufficiente citare due fatti: 1) questi dilettanti hanno essi stessi avuto esperienza dei sentimenti dei pazienti di cui si occupano; 2) i pazienti-infermieri hanno almeno parzialmente integrato queste esperienze in mesi di lavoro in psicoterapia intensiva e accurata.

Forse vale ricordare che alla fin di ogni mese i pazienti vengono pagati per il loro lavoro. Comprensibilmente un tale concreto riconoscimento economico mira a enfatizzare l'importanza e il valore dell'attività dei pazienti nell'ambito della comunità. Ma esistono altri due vantaggi di quest'attività: 1) rispetto ad altri dipartimenti della stessa clinica, il pagamento dei pazienti può essere fissato a un costo considerevolmente più basso; 2) ai pazienti viene data la possibilità di guadagnare il loro *argent de poche* e, pertanto, solo eccezionalmente possono ricevere pacchi o denaro da casa. Laddove generalmente i pazienti assumono un atteggiamento passivo verso le misure terapeutiche e dipendono interamente dal finanziamento delle loro famiglie, qui viene loro data la possibilità di contribuire essenzialmente alla terapia e al mantenimento.

Non dovrebbe sorprendere che vivere insieme in condizioni di tale continuativa e reciproca dipendenza comporta occasionalmente incidenti, provocazioni, e talvolta stati di emergenza. Esaminando la situazione da un punto di vista psicologico più profondo, tali incidenti, provocazioni e stati di emergenza non sono uno svantaggio per questa comunità terapeutica. In questo modo, dal punto di vista terapeutico, queste interferenze non devono essere semplicemente considerate come disfunzioni dell'organismo. Per medici e pazienti sono, al contrario, una continua fonte di migliore conoscenza dei comportamenti e delle reazioni, migliore perché danno l'opportunità di vedere in modo più chiaro e diretto cosa accade nel paziente e cosa lo induce a tali comportamenti. Capita che il paziente sia tanto profondamente colpito dalla sua continua partecipazione alla vita della comunità, nonostante la sua malattia, che talvolta un richiamo può raggiungere la sua interiorità nascosta.

Questi accadimenti spontanei possono indurre il paziente a spiegarsi con se stesso e con gli altri. Tali collisioni improvvise spesso risultano molto proficue. Questi richiami imprevisti talvolta danno il via all'evoluzione di insospettite potenzialità umane.

Da quanto finora detto, risulta evidente che l'atmosfera di una tale unità autogestita non solo è più vicina alla realtà della vita al di fuori dell'ospedale, ma costringe il paziente a fronteggiare difficoltà oggettive simili a quelle che poteva incontrare prima di ammalarsi. Perciò queste difficoltà possono essere affrontate non solo durante le sessioni di psicoterapia individuale, ma anche nella pratica della vita di tutti i giorni.

La psicoterapia di gruppo è condotta secondo metodi diversi e gioca un ruolo importante nel funzionamento complessivo dell'unità. Negli incontri di grup-

po viene mostrata una straordinaria franchezza. Non solo vengono discussi i problemi del quotidiano dei pazienti, ma anche – a livello diagnostico – questioni relative alla struttura e alla psicodinamica della personalità di ciascun paziente. In tal modo tutti sanno cosa è positivo, problematico e perfino pericoloso in ciascun membro della comunità. Le medicine e i dosaggi ricevuti da ciascun paziente sono noti e discussi dalla comunità nel suo insieme. Questa chiarezza e il senso di partecipare a una esperienza straordinaria crea un'atmosfera paragonabile a quella dell'equipaggio di una nave che affronta un viaggio difficile e pericoloso.

Le premesse di una simile autogestione sono all'opposto di quelle di un reparto chiuso. Ciò non significa che i reparti chiusi siano ormai desueti. Tuttavia, ci sono pazienti che non possono andare in psicoterapia per diversi motivi, per esempio pazienti ospedalizzati per condizioni psicotiche acute, per i quali intraprendere un trattamento psichiatrico può essere più indicato che non intraprendere subito un trattamento psicologico. Un trattamento psichiatrico adeguato può far superare la sindrome acuta, dando al paziente l'opportunità di intraprendere una terapia *diretta e ambulatoriale* più in là.

Poi, ci sono pazienti che non hanno sufficiente disponibilità finanziaria per psicoterapie di lungo periodo, oppure quelli che vivono in aree dove ci sono pochi psicoterapeuti o mancano del tutto. Nei casi in cui, tuttavia, la terapia psicologica sembri possibile e sia indicata sin dall'inizio, questa dovrebbe essere condotta in un ambiente che sia consono con le premesse generali della psicoterapia stessa. Se da un punto di vista psicologico lo psicotico può essere considerato come un "fuggitivo dalla realtà", quale opportunità terapeutica può offrirgli un ambiente che gli assicura di fuggire dalla vita? (Nei reparti convenzionali chiusi il malato è sollevato da molti compiti e gli sono negati molti diritti). Quale possibilità di socializzazione gli viene offerta in un ambiente che perfino favorisce la sua tendenza all'isolamento? Un ambiente che non considera concretamente la sua individualità, perché qualsiasi cosa in esso funziona secondo un piano meccanicamente rigido che non lascia spazio alle esigenze personali, né all'iniziativa e pertanto finisce per legittimare praticamente la sua fuga dalla realtà? Un ambiente che prova a curarlo dalla sua malattia, tuttavia identificandolo con questa, per quanto concerne la routine quotidiana?

Penso che l'esperienza professionale di molti psichiatri abbia suscitato in loro il desiderio di una *radicale riorganizzazione* di quei reparti psichiatrici in cui dovevano esercitare la psicoterapia. La nostra esperienza a Villa Landegg dimostra chiaramente che tale riorganizzazione radicale è di fatto possibile. L'autogestione dell'unità offre continuamente ai pazienti una serie di ostacoli e di difficoltà da superare. Ma sembra che solo un simile ambiente possa dare l'opportunità di preparare i pazienti ad affrontare i problemi che incontreranno una volta tornati a casa.

In una casa come la nostra, sorgono problemi anche per il medico. Innanzitutto entra in maniera del tutto inusuale nelle vite dei pazienti. È un medico solo in secondo o terzo luogo, è soprattutto un membro della comunità e non ha possibilità di nascondere la propria umanità dietro la superficie professionale. Inoltre, deve aiutare i pazienti a scegliere i loro pazienti-partner, quelli che hanno inclinazione per un compito piuttosto che per un altro. Enfatizzo il concetto di *aiutare* perché senza l'approvazione di tutti i pazienti potrebbero insorgere resistenze tali da mettere in pericolo il funzionamento dell'intero dipartimento. Al di là di considerazioni sulla comunità, tale scelta deve avere un valore terapeutico per il paziente interessato.

Quanto detto fino a questo punto si fonda sulla premessa che il paziente non è semplicemente un portatore di questa o quella malattia mentale, ma un essere umano, la cui individualità deve essere scoperta e rispettata. Oggigiorno, tutti condividerebbero questa premessa in linea di principio. Ma non è abbastanza. Si dovrebbe metterla in pratica *in maniera tangibile per il paziente*. Mi sembra essenziale permettere al malato di vivere in un'atmosfera che continuamente illumini la sua dignità umana soffocata dalla malattia. Una comunità terapeutica autogestita è il miglior modo, il più concreto, per creare tale atmosfera.

In conclusione vorrei citare alcuni dettagli sul nostro modo di condurre la psicoterapia.

Il paziente.

Quando un paziente entra in questo dipartimento, gli consigliamo di orientarsi e guardarsi un po' intorno. Solo dopo dovrebbe decidere quale psicoterapeuta scegliere tra i tre disponibili. La sua decisione, tuttavia, non lo porterà a lavorare solo con lo psicoterapeuta che ha scelto. Al fine di creare una situazione più familiare, anche un secondo medico seguirà sempre il paziente.

Un altro motivo è che il terapeuta principale può assentarsi di tanto in tanto, per esempio per una vacanza. Inoltre, se si è in due a riflettere sull'intera situazione del paziente, è possibile valutarla con maggiore chiarezza e obiettività.

Com'è noto, in molte cliniche oggi il paziente è affidato a due psichiatri, uno dei quali – l'amministratore clinico – si occupa solo degli aspetti pratici (sistemazione, permessi di uscita, visite, attività ecc.), mentre l'altro – il terapeuta – si occupa solo delle sessioni terapeutiche con il paziente.

Questo metodo è stato descritto e sostenuto nel libro del dottor Stanton *Mental Hospitals*.

In questa divisione del lavoro, il maggior vantaggio viene visto nel fatto che il paziente si sente molto più libero verso il suo psicoterapeuta perché tutte le discussioni relative agli aspetti pratici, che sottraggono tempo, possono essere escluse e può essere attenuata la paura di incorrere in misure restrittive (revoca

dei permessi, arresto in camera ecc.) per una qualsiasi espressione (intenzioni suicidarie ecc.).

All'inizio anche nella nostra unità seguivamo questa procedura, ma ci è subito sembrato che non comportava solo vantaggi. Ci porterebbe troppo lontano specificare tutti i *contra*; vorrei dire soltanto che, in base alla nostra esperienza, abbiamo preferito il nostro metodo.

Siamo quanto mai flessibili rispetto al quando e quanto spesso debbano aver luogo le sessioni psicoterapeutiche individuali o di gruppo e quanto debbano durare. Per cominciare, a ogni paziente viene assegnato un certo numero di interviste programmate. Nel caso richieda ulteriori ore, o il terapeuta o ancora gli altri pazienti le ritengano necessarie, noi ci adeguiamo a tali esigenze. Per questo, sessioni di emergenza notturne non sono rare.

I familiari.

Come molti autorevoli rappresentanti del nostro specifico settore, consideriamo che sin dall'inizio della terapia è molto importante aiutare il paziente ad adattare la situazione in modo che egli stesso si senta a proprio agio. Questo comporta una continua influenza terapeutica sull'ambiente in cui rientrerà il paziente alla fine del suo percorso. Questo ambiente non è costituito soltanto dalla famiglia propriamente detta, ma anche da amici intimi, colleghi di lavoro, superiori.

Infine, vorrei sottolineare che siamo consapevoli del fatto che stiamo tracciando nuovi territori con il nostro esperimento. Per questo e poiché si richiede molto al paziente e ai suoi familiari, il carattere sperimentale del dipartimento con le sue possibilità terapeutiche e con i suoi rischi viene spiegato a tutti gli interessati, in particolare ai pazienti, ai suoi familiari, al dottore che lo ha ospedalizzato. Questa sconfinata franchezza è un elemento integrante del nostro metodo e ha grandemente superato la prova.

Per riassumere, la nostra esperienza fino a oggi sembra dimostrare che è possibile *socializzare* casi gravi psichiatrici in un tempo straordinariamente breve. Nella nostra unità i pazienti sono simultaneamente *motivati* a intraprendere un trattamento psicologico più profondo e *messi in grado* di continuare la terapia a casa su base ambulatoriale.