

L'OSPEDALE COME ISTITUZIONE TERAPEUTICA¹

Tom F. Main²

SOMMARIO

L'Autore inizia commentando criticamente quelle situazioni psicologiche dell'Ospedale psichiatrico tradizionale che inducono o colludono con atteggiamenti di dipendenza e di regressione. Sottolinea poi il potenziale terapeutico insito negli aspetti gruppali della vita nosocomiale, descrivendone la sua continua e creativa utilizzazione all'Ospedale di Northfield. Ciò implica una nuova autorevolezza professionale, necessariamente comportando una difficile, quotidiana rinuncia all'autorità connessa allo status tradizionale di tutte le categorie di operatori psicosociali. Questa rinuncia all'autorità conferita dai ruoli deve esplicitarsi non solo a livello di relazioni interpersonali ma, anche e soprattutto, a livello intrapersonale, vigilando innanzitutto sulle proprie "necessità di certezza"; tra cui il bisogno di trarre subito delle conclusioni e, per giunta, per conto proprio. Una Comunità terapeutica presuppone un'attenta e continua capacità di ascolto di quanto si esprime tramite i conflitti interpersonali (da cui parte e ritorna ogni patologia comportamentale). Di qui la necessità non solo di regolari riunioni di natura assembleare (in cui va sollecitato il parere dei pazienti su tutto quanto li concerne) ma anche della psicoterapia di gruppo. A ciò va inoltre aggiunto un programma di attività lavorative tali che possano, anche operativamente, preparare i pazienti a riprendere al più presto una vita autonoma.

Per tradizione l'ospedale è un luogo dove le persone ammalate possono ricevere asilo dalle burrascose vicende della vita, cura e attenzione da infermieri e medici, e magari particolare interessamento da parte di uno psichiatra. Il concetto di ospedale quale rifugio troppo spesso, tuttavia, significa che i pazienti vengono privati del loro status di esseri umani responsabili. Troppo spesso essi vengono definiti "buoni" o "cattivi" unicamente in base al grado di passività di

¹ Il presente lavoro di Tom Maine è già stato pubblicato sul numero 1-2 RIGA 1986-86 di cui si conservano inalterate le note redazionali

² Membro della Società Psicoanalitica Britannica, già direttore del Cassel Hospital, già Presidente del Royal College of Psychiatrists. Autore di numerose pubblicazioni, di cui in italiano il saggio 'Aspetti psicomodinamici dei gruppi allargati', *Archivio*, fasc. IV, Ott. 1974 (numero monotematico su 'La psicoanalisi di gruppo').

fronte alle aspettative dell'ospedale di obbedienza, dipendenza e gratitudine. La sottile, tradizionale mescolanza di carità e disciplina di cui essi sono oggetto non è altro che un'abile tecnica al fine di rimuovere la loro iniziativa come esseri adulti, e renderli "pazienti". Essi, in tal modo, creano meno problemi al personale. Gli ospedali che seguono tale ortodossia sono di solito finalizzati a trattamenti individuali, non in autentici contesti sociali, bensì in uno stato di ritiro dalla società. Così, isolato e dominato, il paziente tende a rimanere oppresso dalla macchina ospedaliera persino nei passatempi o nelle occupazioni prescritte che occupano il suo tempo nell'intervallo tra i singoli trattamenti.

In siffatta situazione, salute e stabilità sono troppo spesso acquistate all'eccessivo costo della desocializzazione. Presto o tardi il paziente, solo e indifeso, deve affrontare il difficile compito di un ritorno alla società nella quale divenne un disturbato, onde ricuperare l'integrazione sociale e il senso quotidiano di scopi e valori.

La concezione dell'ospedale come ricovero ignora anche forze terapeutiche positive quali sostegno sociale e opportunità relazionali proprie di comunità strutturate spontaneamente.

È vero che un trattamento individuale radicale può promuovere la libertà interiore del paziente e renderlo capace di una vita sociale piena e stabile. Tuttavia una piena partecipazione sociale egli può apprenderla solo da un impatto con la società medesima. Il trattamento del paziente che soffre per disturbi socio-relazionali non può dunque essere considerato soddisfacente se non intrapreso entro i parametri della realtà sociale, dandogli così l'opportunità di conseguire una migliore *insight* sociale e di esprimere e trasformare le spinte emotive in funzione delle esigenze della vita reale. Perciò, forse, dovrà l'ospedale stesso diventare un'istituzione terapeutica, una Comunità terapeutica.

Il *Northfield Experiment* è un tentativo di usare l'ospedale non come un'organizzazione condotta da medici nell'interesse di una loro più elevata efficienza tecnica, ma come una comunità con l'immediato scopo di una piena partecipazione di tutti i suoi membri alla vita, quotidiana della medesima e con lo scopo definitivo della risocializzazione del paziente per la vita nella società. Idealmente è stata concepita come una situazione terapeutica con un'organizzazione che si è andata strutturando spontaneamente (piuttosto che secondo aprioristici dettami medici) nella quale si trovano a essere impegnati tutti, personale e pazienti. *Ogni tentativo per permettere o creare una tale situazione richiede tolleranza, una decisa propensione a trarre profitto dagli errori, e un rifiuto di giungere subito a delle conclusioni.* La vita quotidiana della comunità deve essere connessa a compiti reali, veramente rilevanti per i bisogni e le aspirazioni della piccola società dell'ospedale e della più grande società nella quale si trova a essere situata; non vi debbono essere barriere tra l'ospedale e il resto della società.

Occorre disporre pienamente dell'opportunità di identificare e analizzare le barriere interpersonali che si frappongono alla partecipazione a una completa vita comunitaria.

Non si tratta di problemi trascurabili. Hanno richiesto una revisione dei nostri atteggiamenti come psichiatri nei confronti dei nostri stessi status e responsabilità. Le facoltà discrezionali di tipo autocratico del medico nella tradizionale società ospedaliera devono lasciare il posto al ruolo più genuino di membro di una comunità reale, responsabile non solo nei confronti di se stesso e dei suoi superiori, bensì della comunità intesa nella sua totalità, privilegiato e vincolato unicamente nella misura in cui è la comunità stessa che permette e richiede. Egli non dispone più dei "suoi" pazienti. Il loro trattamento spetta alla comunità della quale essi fanno parte e della quale egli fa parte. I pazienti non sono più bambini in sua custodia, obbedienti in attività tipo asilo d'infanzia ma devono assumere veri ruoli adulti, liberi di conquistare responsabilità e opinioni concernenti la comunità di cui fanno parte. Essi, al pari di lui, devono essere liberi di discutere i principi generali relativi alla vita giornaliera dell'ospedale, di identificare e analizzare i problemi, formulare condizioni e promuovere interessi per la vita di gruppo. I pazienti devono essere liberi di pianificare e organizzare attività concernenti la prassi ospedaliera e quindi affrontare insieme problemi di immediata realtà sociale.

Insuccessi di carattere organizzativo, problemi interiori di apatia, insicurezza e ostilità, come pure difficoltà pratiche ordinarie, sono questioni da risolversi dai pazienti quali protagonisti della comunità e dei suoi problemi.

L'emergere di difficoltà spinge a richiedere l'opinione dello psichiatra, qualche volta in virtù della sua posizione quale semplice membro di una comunità, spesso a causa delle sue competenze specifiche. Egli può tentare di risolvere le tensioni interpersonali che sono alla base delle difficoltà mediante la gruppoterapia. Comunque egli non ricorre a uno status *ex cathedra*: deve rifiutare di sedersi su qualsiasi tribuna gli possa venir offerta e abrogare il suo consuetudinario diritto ad avanzare giudizi su tensioni o problemi intergruppi. Lo psichiatra deve tollerare il disordine e la tensione sino al punto che la comunità medesima sia costretta ad affrontarli quali problemi di vita di gruppo.

Lo psichiatra deve essere disposto a ridefinire un problema pratico in termini relazionali, a offrire un diverso orientamento in un altro problema, a delucidarne un terzo, ed – in un quarto – ad agire come catalizzatore di una risposta di consapevolezza sociale. Il suo ruolo quale tecnico tra i suoi pazienti, piuttosto che quale sovrintendente dei medesimi, non significa naturalmente che egli possa rimanere inattivo. Egli dovrebbe essere un fedele osservatore e un partecipante sincero nei diversi ambiti sociali, più o meno rilevanti, in

rapporto ai mutevoli bisogni della mutevole situazione dell'ospedale ed essere preparato a creare condizioni adatte per la gestione di nuove tendenze e interessi e ad aprire canali di comunicazione tra i raggruppamenti sociali. Dovrebbe darsi da fare per favorire occasioni di scambio terapeutico tra i pazienti e per modificare quelle barriere temporali e spaziali che, nella pratica, lo impediscono. Il suo lavoro quotidiano consiste nello studiare e facilitare lo sviluppo di quelle attività e iniziative sociali che permettono alla persona isolata di aprirsi all'integrazione sociale, al fine terapeutico di una vita sociale ricca e operosa in rapporto alla comunità reale dove è situato l'ospedale.

Occorre sottolineare che il medico, educato a esercitare un ruolo di prestigio tra i malati, trova delle difficoltà nel rinunciare al suo potere e nell'assumersi delle responsabilità sociali in un ospedale, nel farsi sincero garante della indipendenza e maturità dei suoi pazienti. Ma tutto questo non è che sia più semplice per il resto del personale. È difficile il dover vivere in un ambiente che sottopone a degli stress interiori senza far ricorso all'intervento dell'autorità; senza distruggere la spontaneità che ha provocato lo stress, senza richiedere uno stato di dipendenza e imporre legge e ordine dall'alto.

Anche i membri del personale hanno i loro problemi, i loro timori pregiudiziali, nonché i loro propri bisogni emotivi. Discussioni di gruppo tenute su problemi specifici, tra coloro che ne sono coinvolti, l'esposizione dell'individuo alla sanzione e alla pressione sociale negli incontri di gruppo dei pazienti e le discussioni del personale in relazione al lavoro quotidiano, sono necessari onde prevenire la crescita delle barriere che esistono tra i pazienti e il personale nella maggior parte degli ospedali. Il personale infermieristico, quello amministrativo e quello di cucina, il personale socioterapeutico, gli psichiatri, i pazienti tutti hanno problemi settoriali e connessi ai campi pratici immediati implicanti tensioni interpersonali e intergruppi. Il riconoscere significato e valore sociali alla vita quotidiana dei membri del personale e una loro integrazione con l'intera comunità ospedaliera e con i suoi scopi, generali e particolari, può senz'altro trovare sostegno in riunioni sistematiche, in momenti sociali e nella partecipazione alle sedute gruppoterapiche. Oltre all'incremento della genuinità e benessere sociale, raggiunto grazie all'estensione dei confini sociali del personale all'interno dell'ospedale, l'effetto "atmosfera" è molto importante. È solo così che l'intera comunità può impegnarsi di continuo nel suo scopo di adattarsi ai bisogni e ai problemi dei suoi partecipanti.

L'attenzione posta sull'ospedale quale comunità terapeutica non preclude naturalmente l'attenzione ai problemi individuali dei suoi membri. Piuttosto, attraverso il riconoscimento delle legittime aspirazioni degli altri, una maggiore cura viene rivolta liberamente dalla comunità alle limitazioni e ai bisogni

individuali. Per esempio un gruppo di pazienti, che si autodefinirono “gruppo di coordinamento”, istituirono un ufficio per provvedere su richiesta ai bisogni concernenti la vita reale che non venivano risolti altrimenti dall’ospedale; si specializzarono in richieste insolite, nel trovare lavori adatti a ciascun paziente o nel cercare pazienti per certi lavori.

Ancora, lo psichiatra dovrà dare attenzione individuale a coloro i cui problemi non sono stati soddisfacentemente risolti nell’ambito dei vari campi sociali terapeutici creati nell’ospedale. La persona la cui capacità sociale è troppo limitata per permettere la partecipazione a una attività di gruppo anche se di “limitata tensione”, è libera di scegliere attività individuali e se il suo desiderio è di evitare socializzazioni e attività, le verrà assegnata una stanzetta singola e le sarà permesso di non fare nulla. In contrasto con l’affermazione di base che non fa parte delle funzioni di un ospedale obbligare a un forzato ritiro dalla società in cambio del trattamento per tutti coloro che ne varcano la soglia, vi sono molti pazienti la cui migliore o immediata relazione con la società consiste nell’isolamento, nella dipendenza, o nella regressione personale. Tuttavia quando certi bisogni acuti sono stati soddisfatti, questi pazienti si trovano di fronte a una vasta gamma di opportunità sociali e di attività, liberi di muoversi a loro scelta e a seconda del loro ritmo nell’ambito dei campi sociali che meglio loro si adattano. Poiché ogni campo sociale è connesso con altri attraverso canali emotivi, il paziente viene così a riaffrontare la vita in una società reale con la conseguente espansione delle sue relazioni sociali. Il limite di tale espansione non è fissato dai confini dell’ospedale, poiché egli può lavorare e stabilire relazioni entro i più vasti confini geografici permessi dalle moderne forme di viaggio.

Il commento più frequente del paziente che lascia l’ospedale, quando gli viene chiesto perché stia meglio, è vago: “Non lo so perché. Mi son trovato bene. Ho incontrato gente interessante. Penso che mi abbia aiutato”. Lo psichiatra è raramente menzionato come agente terapeutico. Quando è particolarmente elogiato, ciò va visto come fallimento della terapia. Non dovrebbero esservi motivi di rammarico nel lasciare l’ospedale a causa delle più vaste possibilità di azione sociale offerte dalla società; piuttosto un gusto nuovo per la vita e la fiducia che i problemi che essa presenta possono essere visti e affrontati.

NOTA DELLA REDAZIONE

Ricordiamo che Tom Main prestò servizio, durante la guerra, nel *Royal Army Medical Corps*: dopo vari incarichi, principalmente in Medio Oriente, ebbe la responsabilità di tutte le attività psichiatriche della II Armata Britannica

e della III Armata Canadese operanti in Europa. Fu poi trasferito all'ospedale di Northfield, presso Birmingham, l'ospedale militare allora più importante e propenso a una certa sperimentaltà, dove poco tempo prima si era verificato il cosiddetto *First Northfield Experiment*, a opera di Bion e Rickman, che, pur essendo gravido di notevoli conseguenze teoriche, ebbe validità pratica circoscritta a un solo reparto e di breve durata, proprio perché non fu preso in considerazione l'ospedale nel suo insieme. E fu questo il compito che T. F. Main dovette affrontare e che stimolò la sua creatività. A quell'epoca la terapia di gruppo era stata già introdotta da S. H. Foulkes che, sempre al Northfield, stabilì con Main una validissima collaborazione (la cui storia è descritta in *Group Analysis*, Vol. II, N. 3, 1970). Comunque questo lavoro, pubblicato ben quarant'anni fa, segnò una svolta radicale e decisiva per la gestione degli ospedali psichiatrici nel mondo intero, perché costituì la prima formulazione esperienziale, concettuale e operativa della "Comunità terapeutica". Costituisce inoltre il primo fondamentale contributo di uno psicoanalista per una valida soluzione ai problemi dell'assistenza psichiatrica. Alla sofisticata e creativa concezione delle interazioni profonde paziente-staff-ospedale fa riscontro una esemplare semplicità e chiarezza stilistica (perlomeno nel testo originale inglese...!), che ne fanno un vero gioiello della letteratura psichiatrica. Ripubblicare questo lavoro, oltreché per il suo intrinseco valore documentale, è lo spunto per una doverosa segnalazione della ripresa dell'interesse per le Comunità terapeutiche negli ambienti psichiatrici di molti paesi. Ciò è autorevolmente dimostrato da parecchi lavori dello *International Journal of Therapeutic Communities*, rivista che costituisce una delle attività della A.T.C. (*Association of Therapeutic Communities*).

Fabrizio Napolitani

SUMMARY

Psychological situations in traditional psychiatric hospitals which lead to or collude with dependent and regressive attitudes are dealt with and criticized. The Author emphasizes the therapeutic potential inherent to the group aspects of hospital life, and expounds about its continue and creative use at Northfield Hospital. A new professional authoritativeness is implied, which requires a difficult daily give up of the authority connected to the traditional status of the hospital's psychosocial workers. Giving up the role-linked authority should become explicit both at the interpersonal and intrapersonal levels; careful attention should be paid first of all to one's own need for certitude, which brings about at times the need for running to a conclusion, and on one's own account. Therapeutic Communities require the continuous and attentive capacity to perceive all that is expressed through interpersonal conflicts, which are the starting and the end-of-the-line points of behavior and pathologies. Regular meetings, where the patients advice about issues in-

volving them must be elicited, become necessary, as well as group psychotherapy. Work activities programs should be added, which may help the patients towards personal autonomy at an operative level.

RÉSUMÉ

L'Auteur commence par commenter critiqueusement les Situations psychologiques de l'hôpital psychiatrique traditionnel qui induisent ou entrent en collusion avec des attitudes de dépendance et de régression. Il souligne ensuite le potentiel thérapeutique inhérent aux aspects groupaux de la vie hospitalière, et il décrit sans application créative et continuée dans le cadre de l'Hôpital de Northfield. Tout cela implique une autorité professionnelle fondée sur de nouvelles bases, car elle nécessite l'abandon de l'autorité ancrée au statut traditionnel de toutes les catégories des opérateurs psychosociaux. Ce renoncement à l'autorité liée aux règles doit s'expliciter non seulement au niveau des relations interpersonnelles, mais aussi et surtout au niveau intrapersonnel en veillant sur le besoin de certitude, qui s'exprime parfois à travers le besoin d'en arriver très rapidement, et tous seuls, à des conclusions. Une Communauté thérapeutique implique une capacité d'écoute prolongée et attentive de tout ce qui s'exprime dans les conflits interpersonnels (le point de départ et d'arrivée de toute pathologie du comportement). D'où la nécessité non seulement de réunions-assemblées régulières permettant de susciter les avis des patients sur tous les problèmes qui les concernent mais aussi de la psychothérapie de groupe. Il faut y ajouter un programme d'activités de travail qui puissent préparer opérativement les patients à la reprise rapide d'une vie autonome.