
[PM](#) --> [HOME PAGE ITALIANA](#) --> [ARGOMENTI ED AREE](#) --> [NOVITÀ](#) --> [COMUNITÀ TERAPEUTICHE](#)

PSYCHOMEDIA

COMUNITÀ TERAPEUTICHE

CT Salute Mentale

Le comunità terapeutiche inglesi: stato attuale e prospettive

di Jutta Birkhoff *

* Ricercatore - Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica -
Università degli Studi dell'Insubria
Socio Sostenitore dell'Associazione per la Terapia di Comunità (ATC)

Con questo titolo, il 17 novembre 1999, si è tenuto un seminario di studio presso il Comune di Varese, organizzato dall'Assessorato alla Cultura, dall'Ospedale di Circolo (Fondazione Macchi), dai Dipartimenti di Medicina e Sanità Pubblica e di Salute Mentale dell'Università degli Studi dell'Insubria e, specialmente, dall'A.T.C. (Associazione per la Terapia di Comunità).

Il relatore, Kinsley Norton, laureatosi a Cambridge, specialista in psichiatria e psicoanalista, già Presidente della Società Britannica della Association of Therapeutic Communities (ATC), fondata nel 1972, è attualmente direttore dell'Henderson Hospital di Londra, struttura terapeutica autonoma dal 1959, quale successore dei Proff. Maxwell Jones e J. Stuart Whiteley.

Sin dalla seconda metà degli anni sessanta la struttura si interessò dell'area delle prigioni e della probation per trattare soggetti psicopatici in comunità ottenendo ottimi risultati (il 40% non ricadeva, nei successivi due e tre anni, in nuova ospedalizzazione o condanne per fatti criminali). L'Henderson si basa sui noti concetti di "comunità terapeutica" introdotti da Tom Main, Maxwell Jones e Robert Rapoport.

La comunità ospita normalmente circa 25 pazienti, equamente divisi fra maschi e femmine tra i 17 e i 45 anni; generalmente single, spesso disoccupati, con fallimenti terapeutici precedenti, maltrattamenti durante l'infanzia (fisici, psichici o sessuali), spesso dediti alla droga o all'alcool o con pregressi tentativi di suicidio. Il 50% circa ha subito denunce e il 30% circa è stato precedentemente in prigione.

Oltre l'85% dei residenti presenta una diagnosi di disturbo borderline di personalità (suddivisibili in soggetti tendenti ad "agire" o a "ritirarsi") e la quota rimanente presenta o un disturbo paranoide, o istrionico o antisociale di personalità.

La durata media di un trattamento è di sette mesi, fino ad un massimo di un anno. L'accesso e la permanenza nella comunità sono sempre strettamente volontari e assolutamente indipendenti da una eventuale decisione da parte del tribunale.

Le richieste per l'accoglienza nella comunità sono numerose: di esse ne viene respinto circa il 30-40% per motivi di incompatibilità con l'ambiente terapeutico.

Sin dal primo incontro con la struttura vi è, per i candidati potenziali, l'immediato approccio con il principio fondante della comunità: il gruppo, che in occasione del colloquio di accettazione è composto da residenti e componenti dello staff in rapporto di tre a uno.

Dopo l'intervista ha luogo una discussione a porte chiuse sul candidato, alla quale segue una votazione democratica per l'ammissione o il rigetto della richiesta.

Da uno studio condotto sulle non-ammissioni è risultato che un ulteriore 30% dei richiedenti

viene escluso in ragione di tendenze alla somatizzazione, di tratti ossessivo/compulsivi e fobici nella sintomatologia. Vengono invece accettati soggetti con capacità di verbalizzare sentimenti, di descrivere difficoltà psicosociali e di funzionare nel gruppo, requisito quest'ultimo fondamentale per la terapia.

Circa il 25% dei pazienti (specie soggetti tendenti all'acting out) lascia la comunità in periodi precoci perché incapace di adattarsi alle sue regole: essere accolti nella comunità significa, infatti, accettare un contratto di trattamento che prevede di non perseverare in comportamenti maladattativi, ma iniziare ad apprendere una comunicazione verbale e una "esplorazione" che consentono di identificare e cambiare la gestione di sentimenti potenti e negativi.

Una volta accettate le regole (divieto assoluto di alcool o droga, comportamenti violenti, ritardi negli orari delle riunioni di gruppo, ecc., infrazioni che possono anche comportare l'espulsione dalla comunità, anche se per le prime tre settimane esiste una certa maggiore permissività), di norma si assiste ad un progressivo attaccamento alla comunità. Sia l'inserimento sia la dimissione costituiscono momenti difficili e tali da richiedere attività sotto-gruppali di sostegno, gestite sempre da residenti e staff.

Il gruppo dei residenti è deliberatamente strutturato in modo gerarchico (capeggiato dai "top three" supportato dal "general secretary") con il rispetto per determinate posizioni o jobs all'interno della comunità.

Lo staff, composto da medici, infermieri, psicologi, sociologi senza alcuna rigida gerarchia, si riunisce ai cambi di turno e dopo ogni riunione di gruppo.

Oltre alle riunioni "ordinarie", esiste, per i "top three", la possibilità di indire "incontri di emergenza", in ogni momento del giorno o della notte, in caso di violazione di regole importanti o di una situazione di particolare sofferenza di un paziente e non vi sia possibilità di aspettare la riunione regolare del giorno dopo. A questi incontri straordinari devono partecipare tutti i membri della comunità.

Il trattamento si basa su psicoterapia e socioterapia e ha lo scopo di facilitare l'interiorizzazione delle capacità riflessive in vista di conflitti emotivi in opposizione all'automatico passaggio all'azione o al ritiro.

Lo scopo fondamentale del trattamento terapeutico in questione è quello di rendere i pazienti delle "persone pensanti e con sentimenti", portarli, cioè, a sentire e esprimere i propri sentimenti a parole e non con azioni; la comunità, intesa come "cultura dell'indagine", serve a reintegrare conflitti emotivi precedentemente evitati.

Non esiste alcuna psicoterapia individuale o alcun ricorso a psicofarmaci. Eventuali episodi psicotici di breve durata possono, solitamente, essere affrontati unicamente con l'intervento contenitivo degli altri residenti.

L'importanza e i risultati positivi da anni ottenuti dall'attività ormai quasi cinquantennale dell'Henderson, sono anche dimostrati dal fatto che la struttura ha ottenuto ulteriori fondi per istituire altre due comunità di questo genere.

Uno studio condotto sui residenti dimessi, iniziato sin dal 1990, ha rilevato che gli impulsi all'azione sono significativamente diminuiti e molti ex-residenti, in caso di sofferenza, richiedono consapevolmente e spontaneamente aiuto ai servizi diurni, con una riduzione dei costi del 90%, sia per l'amministrazione sanitaria sia per quella della giustizia.

L'inserimento in una struttura comunitaria di soggetti con disturbi di personalità, dovrebbe essere presa in considerazione anche in Italia, dove, fino ad adesso, questo trattamento viene riservato principalmente ai pazienti psicotici.

Il paradigma e i principi della cura dell'Henderson, enunciati da K.Norton, sono:

- 1. "Non solo ma anche ...": Bisogna capire i clienti/pazienti in una maniera più complessa e completa del solito, cioè affrontarli sia come vittime (storicamente e intrapsichicamente) sia come esecutori
- 2. "Il leone giace con l'agnello ...": Il compito terapeutico spettante al personale dovrebbe tenere

conto di tale complessità, riconoscendo la forza quanto la debolezza della persona

- 3. "Rigido ma giusto ...": La terapia dovrebbe sostenere tanto lo sviluppo prosociale quanto sfidare e restringere gli aspetti antisociali
- 4. "Gli attori 'possono diventare' parlatori e sententi": La terapia quindi richiede un ambiente terapeutico organizzato che abbia aspetti curativi strettamente co-ordinati e chiari traguardi applicabili durante le 24 ore per motivi di sicurezza sia fisica che terapeutica (supporto emozionale)
- 5. "Microcosmo di una società ...": L'ambiente terapeutico deve riflettere per quel che permette la sicurezza, il mondo esterno nel quale l'attività offensiva dell'esecutore ha luogo, di modo che gli stimoli pertinenti al comportamento possano essere incontrati
- 6. "Alla ricerca dei sintomi ...": La rappresentazione personale e interpersonale delle difficoltà intrapsichiche dei clienti/pazienti è cos' facilitata nell'ambiente terapeutico che permette l'esame delle cause e degli effetti e porta a uno sviluppo prosociale
- 7. "Attento, ti guardano ...": Per assicurare la sicurezza fisica, è necessario scoprire precocemente l'esistenza di discordia interpersonale, con un monitoraggio continuo e rigoroso
- 8. "Sapere di cosa essere consci, fare e dire ...": E' necessario un personale pratico e in numero sufficiente, supportato in alcune circostanze dalla collaborazione dei pazienti in modo da provvedere ad un monitoraggio adeguato
- 9. "Anche il personale può sbagliare ...": Strutture manageriali devono dare pieni poteri al personale, che mette in pratica il suddetto programma terapeutico affinché esso possa dare pieni poteri ai clienti/pazienti loro affidati
- 10. "Autorizzare il personale di unità ...": In caso di miglioramento significativo o di peggioramento, bisogna trasferire clienti senza ritardi eccessivi che potrebbero essere dannosi sia per i clienti/pazienti sia per il sistema comunitario in senso allargato
- 11. "Senso ininterrotto ...": C'è bisogno di un sistema ininterrotto per quel che concerne il provvedimento e la disponibilità di servizi adatti per clienti/pazienti in movimento avanti o indietro come detto sopra.