

GGIORNAMENTI DI COTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA

1976

numero unico

LE UNITÀ DI GIORNO PSICHIATRICHE A GINEVRA

G. GARRONE

L'UNITÀ DI GIORNO PER DEBOLI MENTALI LEGGERI

R. RODRIGUEZ - A. BARTHASSAT

INDICAZIONI E LIMITI DELL'OSPEDALE DI GIORNO PER HANDICAPPATI
MENTALI GRAVI

J.-J. EISENRING

CONDIZIONI PER UN INTERVENTO TERAPEUTICO IN UNA UNITÀ DI GIORNO
PER BAMBINI IN ETÀ PRE-SCOLARE. (L'Arc En Ciel)

J.-C. STUCK - L. ADLER - A. BLANDU-BIDAUX

UNA ISTITUZIONE DI PEDAGOGIA CURATIVA: LA PALLANTERIE

B. GAGO - S. MORAND - C. SCHAEFER

UN APPROCCIO TERAPEUTICO PRECOCE ALLA PSICOSI INFANTILE:
L'OSPEDALE DI « CLAIRIVAL »

J. MANZANO

IL CENTRO LIOTARD

EQUIPE DEL CENTRO LIOTARD

L'ESPERIENZA DELL'AUBIER PRESSO LA CLINICA PSICHIATRICA DI BEL-AIR

EQUIPE CURANTE DELL'AUBIER

L'UNITÀ DI GIORNO COME MEZZO DI PREVENZIONE DEI RICOVERI
OSPEDALIERI

E. FIGUEIREDO - M. SEGUIN - P. DESTOUCHES - S. POSSE

HANNO COLLABORATO ALLA REDAZIONE DI QUESTO FASCICOLO: GIUSEPPE BOERO, LUIS MARTIN, GIANDOMENICO MONTINARI, DANIELA SIGNORINI, GIUSEPPE ZOCCALI. SEGRETARIA DI REDAZIONE: TERESA BERRINO. TRADUZIONE: MARIA TERESA FADDA, DANIELA SIGNORINI. DIRETTORE RESPONSABILE: GIANDOMENICO MONTINARI.

RIVISTA TRIMESTRALE DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA, VIA ANTONIO CECCHI 3/3, TELEF. 541092. ANNO 5°, NUMERO UNICO. SPEDIZIONE IN ABB. POST. GR. IV/70 %. ABBONAMENTO ANNUO L. 7.000, ESTERO L. 12.000. DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ANTONIO CECCHI 3/3 - 16129 GENOVA - TEL. 541092. C.C.P. 4/19690 INTESTATO A CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA. AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI GENOVA: NUM. 29990 DEL 16-12-1971. STAMPATO NELLA TIPOGRAFIA E OFFSET DARIO MEMO, VIA DELLE LEGHE 12 - 20127 MILANO. CONSULENZA GRAFICA: ARCH. ADA RIVA ROBERT.

SOMMARIO

- 5 EDITORIALE
- 7 LE UNITÀ DI GIORNO PSICHIATRICHE
A GINEVRA
G. GARRONE
- 11 L'UNITÀ DI GIORNO PER DEBOLI MEN-
TALI LEGGERI
R. RODRIGUEZ - A. BARTHASSAT
- 17 INDICAZIONI E LIMITI DELL'OSPEDALE
DI GIORNO PER HANDICAPPATI MEN-
TALI GRAVI
J.-J. EISENRING
- 23 CONDIZIONI PER UN INTERVENTO TE-
RAPEUTICO IN UNA UNITÀ DI GIORNO
PER BAMBINI IN ETÀ PRE-SCOLARE.
(L'Arc. En Ciel)
J.-C. STUCK - L. ADLER - A. BLANDU-BIDAUX
- 35 UNA ISTITUZIONE DI PEDAGOGIA CU-
RATIVA: LA PALLANTERIE
B. GAGO - S. MORAND - C. SCHAEFER
- 39 UN APPROCCIO TERAPEUTICO PRECO-
CE ALLA PSICOSI INFANTILE: L'OSPE-
DALE DI « CLAIRIVAL »
J. MANZANO
- 47 IL CENTRO LIOTARD
EQUIPE DEL CENTRO LIOTARD
- 53 L'ESPERIENZA DELL'AUBIER PRESSO
LA CLINICA PSICHIATRICA DI BEL-AIR
EQUIPE CURANTE DELL'AUBIER
- 57 L'UNITÀ DI GIORNO COME MEZZO DI
PREVENZIONE DEI RICOVERI OSPEDA-
LIERI
E. FIGUEIREDO - M. SEGUIN - P. DESTOUCHES
S. POSSE

EDITORIALE

In questo numero monografico proponiamo ai nostri Lettori una serie di comunicazioni presentate al seminario « Les Unités de Jour psychiatriques a Genève », organizzato dal Centro Psico-sociale Universitario di Ginevra, il 29-30 novembre 1975.

I lavori sono stati raccolti dalle « Editions Médecine et Hygiène » di Ginevra e pubblicati in un fascicolo intitolato appunto « Les Unités de Jour et la Psychiatrie: la diversité », Ginevra 1976.

Il movente principale della nostra scelta è stato all'inizio di natura strettamente informativa: centri di giorno come quelli qui descritti sono ancora rari in Italia, anche se molto se ne parla in varie sedi e se diversi tentativi, più o meno disorganici e con giustificazioni teoriche spesso opposte, sono già stati compiuti, soprattutto negli ultimi anni.

La costituzione di una rete integrata di servizi, di giorno e di notte, ambulatoriali e residenziali, per acuti e per cronici, per adulti e per bambini ecc., con una conduzione unica e una filosofia se non proprio comune, per lo meno tale da prevedere e armonizzare diverse impostazioni ideologiche nelle varie équipes, ci è sembrata un esempio da tenere presente, nella formulazione dei programmi di politica psichiatrica e assistenziale.

A questo riguardo riteniamo che emerga chiaramente, dal confronto dei diversi contributi, la difficoltà di dare un fondamento teorico alla psichiatria extraospedaliera (di cui l'Ospedale di Giorno costituisce uno dei cardini fondamentali), difficoltà che probabilmente ha radici molto profonde.

Comunque appare chiaro che, sulla necessità di ricoverare di meno e dimezzare di più, sono tutti d'accordo: gli amministratori perché sperano in tal modo di dimezzare i costi di degenza, i tecnici perché possono verificare metodiche nuove e più sofisticate, ampliandone il campo di applicazione, i teorici della non-emarginazione perché vedono la possibilità di aumentare la tolleranza della società nei confronti dei « diversi » e dei « devianti ». L'unico inconveniente, che purtroppo è tale da invalidare gli sforzi organizzativi e le costruzioni teoriche più coerenti, è la forte resistenza dei pazienti, dei familiari e dei medici curanti ad adottare queste nuove forme di assistenza, il che fa sì che, tanto per fare un esempio, il Centro di Carouge ben raramente riesca a vedere coperti tutti e 25 i posti disponibili (v. il lavoro di FIGUEIREDO e Coll., l'ultimo della selezione), e che, come concludono un po' amaramente gli stessi Autori, esso abbia « una funzione molto limitata per la prevenzione delle ospedalizzazioni nel settore geografico di sua competenza », ben lontana sia dai dati di altri Autori sia da quelle che ci si potrebbe aspettare.

Tale discordanza, che si riscontra spesso nella letteratura riguardante gli Ospedali di Giorno, è una delle contraddizioni in cui si trova immerso chi opera in queste istituzioni e va aggiunta alle altre di carattere metodologico e politico già menzionate.

Tutte queste tensioni si rispecchiano molto nei lavori che riportiamo, ciascuno dei quali è evidentemente il risultato di un lungo dibattito interno dei gruppi che li hanno espressi, nel faticoso tentativo di capire e definire nei confronti di *chi* e *perché* un Ospedale di Giorno è terapeutico o dovrebbe esserlo, e quale è, esattamente, la sua collocazione nell'ambito dell'assistenza psichiatrica.

Questo sforzo quotidiano e consapevole di ricomporre dialetticamente delle contraddizioni è, se vogliamo, l'aspetto più valido di tutto il lavoro o, per lo meno, quello che più ci ha coinvolto sul piano personale, convincendoci definitivamente alla pubblicazione.

LE UNITÀ DI GIORNO PSICHIATRICHE A GINEVRA

G. GARRONE

Saranno presto tre anni dacché un importante simposio si è riunito a Ginevra sotto l'egida della Società Svizzera di Psichiatria.

Oratori provenienti da parecchi paesi, rappresentanti le differenti tendenze attuali della nostra specialità, hanno cercato di formulare previsioni sulla psichiatria di domani.

Si è delineato un movimento generale per quello che riguarda le istituzioni grandi, piccole o molto piccole: è il loro reciproco avvicinamento, perfino il loro intrecciarsi, nell'ambiente naturale dei malati.

È stato recisamente sostenuto il carattere globale di queste istituzioni (fisse o mobili, raggruppate o indipendenti) qualunque sia la struttura base della loro organizzazione (ambulatorio, unità di giorno o ospedale psichiatrico ecc.).

In effetti, sia le cure che l'assistenza, viste non sotto l'angolazione del caso particolare, ma sotto quello di un'universalità di casi, sono necessariamente amputate, incomplete, se l'équipe curante non dispone di quell'insieme di mezzi terapeutici richiesti dalle diverse situazioni patologiche che si trova ad affrontare.

L'unità di giorno è uno degli elementi essenziali di questa concezione globale dell'assistenza psichiatrica. Questa vie-

ne allora concepita non più come un'alternativa o come il risultato di una posizione ideologica (p.e. anti-ospedaliera) bensì come un ambito di cura privilegiato per determinati soggetti.

La scelta dell'unità di giorno, intesa come strumento terapeutico, deriva dall'esperienza che l'équipe responsabile delle cure in una comunità ha acquisito circa l'adeguamento delle sue prescrizioni di trattamento, specialmente in rapporto alla presa in carico.

La collocazione geografica dell'unità di giorno appare come un fattore secondario. Quello che è fondamentale è il suo articolarsi in modo funzionale con l'insieme dell'équipe curante. È per questi motivi che l'unità di giorno non può essere definita, dal punto di vista operativo, in maniera univoca. Si possono considerare infatti esistenti tanti tipi di unità di giorno quanti sono i vari modelli di presa in carico o di trattamento.

Anche il funzionamento di queste unità può essere suscettibile di variazioni a seconda dell'infrastruttura o dell'articolazione sociale o psico-sociale delle comunità nelle quali sono inserite.

L'esposizione che segue dimostra ampiamente la diversificazione delle unità di giorno determinate dalle tradizioni locali, dalla struttura generale del servizio che le ha create, dall'età o dalle caratteristiche psico-patologiche dei pazienti, da fenomeni psico-sociali particolari esistenti in un determinato periodo, o anche dalla preoccupazione di dover far fronte ad un bisogno urgente, oppure di dover colmare una lacuna importante riguardante l'assistenza o le cure.

Dato che il nostro scopo è oggi di illustrare le unità di giorno psichiatriche

ttualmente esistenti a Ginevra, mi sembra opportuno rifarci alla loro storia ed alle istituzioni che hanno presieduto alla loro costituzione.

Sembra infatti che Ginevra abbia manifestato da molto tempo una particolare inclinazione per questo tipo di presa in cura. La dimostrazione più evidente la troviamo nelle percentuali relative di presa in cura psichiatrica da parte di istituzioni ufficiali, così come sono risultate da una recente ricerca realizzata con il concorso dell'OMS. Rispetto all'intera popolazione il numero relativo di assunzioni in cure psichiatriche è così ripartito:

Ambulatorio:	3,80 %
Unità di giorno:	2 %
Ospedalizzazione completa:	2 %

Questo sta a dimostrare che a Ginevra il numero di prese in cura come unità di giorno eguaglia e si avvia a superare il numero di ricoveri in ospedalizzazione completa.

Bisogna dire che nel campo delle cure psichiatriche questo capovolgimento non è avvenuto né in un giorno né in un anno. Le prime unità di giorno sono state create a Ginevra negli anni '40, da alcuni medici e pedagoghi che si occupavano di quelli che allora venivano chiamati *enfants difficiles*. Il loro incremento ed il loro moltiplicarsi non sono stati ostacolati, come nella psichiatria dell'adulto, dall'esistenza preliminare dell'ospedale psichiatrico e dalle abitudini assunte dagli psichiatri e dal corpo medico. Questo incremento ha consentito che avvenisse una grande diversificazione determinata sia dall'età dei bambini, sia dalla loro psicopatologia, o an-

cora dalla natura degli scopi perseguiti.

Le unità di giorno psichiatriche per adulti sono state create a Ginevra molto più tardi, dal 1964 in poi, e inizialmente si ispiravano a numerosi modelli già esistenti all'estero. Questo ritardo peraltro non ha procurato soltanto inconvenienti, infatti esse hanno potuto fin dall'inizio essere improntate ad un'impostazione di pensiero psichiatrico, che si era ormai definitivamente staccato dal concetto tradizionale di cura non soltanto ristretta nello spazio, ma anche limitata ad un determinato individuo, disinserito dalla propria realtà sociale.

È grazie agli *atelier* terapeutici, che le unità di giorno psichiatriche hanno potuto essere introdotte a Ginevra, *atelier* che noi abbiamo voluto extraospedalieri col preciso intento di spogliare il concetto di presa in carico istituzionale dal significato di ricovero.

In questo modo si creava la possibilità di ricomprendere le terapie di riadattamento in un insieme più vasto e più organico di cure e di assistenza « longitudinali », inserite in ambiente urbano.

Il primo *atelier*, chiamato di riadattamento, fu aperto nel 1964, gli altri, denominati di avviamento al lavoro, negli anni successivi. Al momento attuale, ciascun *atelier* (sono in numero di tre) è collegato con un settore psichiatrico e ha in esso la funzione di centro di osservazione, di riadattamento, di riabilitazione professionale o semplicemente di ergoterapia.

A partire dal 1965 sono comparsi i primi *atelier* per deboli mentali, che svolgevano contemporaneamente una funzione terapeutica, riadattativa e di avviamento al lavoro e, un poco più tardi,

quelli riservati ai soli pazienti psicogeriatrici.

Per qualche tempo abbiamo accarezzato l'idea che l'*atelier* terapeutico potesse coprire il ruolo affidato altrove all'ospedale di giorno. In effetti alcuni ospedali di giorno all'estero funzionano allo stesso modo. Purtroppo ci siamo presto resi conto che non era possibile unire gli imperativi derivanti da un problema di riabilitazione professionale e di rieducazione alla vita, con quelli imposti da una assunzione in cura psicoterapica (d'ispirazione dinamica).

Ci siamo allora dedicati alla creazione del primo centro terapeutico di giorno per pazienti psichiatrici adulti, che ha cominciato a funzionare nel 1970. Dopo qualche tempo l'esperienza acquisita ci ha consentito di aprirne un secondo, che sarà seguito, a medio termine, da un terzo. Ogni settore avrà così il proprio centro terapeutico di giorno.

Lo stesso modello è stato applicato in modo soddisfacente sia in geriatria che nel Centro di diagnostica e cure della deficienza mentale.

I servizi per bambini, oltre ad essere stati i predecessori, mantengono il loro carattere dinamico come in passato. Ciascuno di questi ultimi anni ha visto aprirsi parecchie unità di giorno a Ginevra: presso il Servizio medico-pedagogico, presso il Centro di guida per l'infanzia,

o ancora sotto l'impulso di organizzazioni private (Astural, Associazione per i centri di raccolta per giovani).

Al momento sono allo studio altre unità di giorno che saranno realizzate a breve o medio termine: presso il Centro Psico-sociale dell'Università (terzo centro terapeutico di giorno), presso il Servizio Medico-Pedagogico (centro terapeutico di giorno per adolescenti), presso il Centro Dr. Henri Revilliod (unità di giorno per alcolisti), presso l'Istituto di Medicina Legale (centro terapeutico di giorno per adolescenti delinquenti).

Questa enumerazione illustra la diffusione presa a Ginevra dalle unità di giorno, così come la loro differenziazione. Queste realizzazioni corrispondono adeguatamente alla posizione d'avanguardia che, grazie al dinamismo delle équipes terapeutiche e alla comprensione e larghezza di vedute dei Pubblici Poteri, noi abbiamo acquisito e ci auguriamo di mantenere qui a Ginevra.

È in questo spirito che il Dott. Enrico Figueiredo, organizzatore di questo simposio, ha auspicato che le diverse esperienze locali possano venire messe a confronto. Non si tratta certamente di una semplice messa a punto, ma di un desiderio di arricchimento reciproco attraverso lo scambio delle esperienze, positive e negative, di ciascuno.

L'UNITÀ DI GIORNO PER DEBOLI MENTALI LEGGERI

R. RODRIGUEZ

A. BARTHASSAT

A) I BAMBINI

La maggior parte dei bambini che riceviamo a « La Rippe » sono stati diagnosticati come pre-psicotici o *border-line*, in quanto il loro inserimento presso altre scuole o classi specializzate del Servizio Medico-Pedagogico non ha avuto esito positivo.

L'insuccesso viene per lo più messo in relazione con turbe del comportamento sul tipo della instabilità psichica e motoria, con frequenti *acting out*. Il risultato è che questi bambini, prima di giungere a « La Rippe », accumulano un ritardo scolastico che va dai 2 ai 3 anni.

Alcuni altri ci arrivano da istituti specializzati nella cura di psicotici deficitari, quali il « Clairival » e « La Pallanterie », dopo aver avuto una certa evoluzione favorevole.

Questi bambini infatti, quando arrivano a « La Rippe », presentano disfunzioni riportabili a debolezza mentale leggera, del tipo di quella da noi illustrata qualche anno fa con il Prof. Garrone e Florence Guignard-Begoin.

Altri autori li hanno raffigurati sotto denominazioni diverse, come « pseudo-deboli » o « deficienti mentali sul versan-

te psicotico » (Misès). Effettivamente l'idea di questi bambini si serve abbondantemente di meccanismi primitivi quali la scissione, la proiezione e il diniego; il diniego o disinvestimento del reale che ostacolano i meccanismi di introiezione e di identificazione, e perciò il possesso di una vita fantasmatica varia con lo *stockage* di conoscenze nel preconscious. Lo spostamento simbolico avviene con difficoltà e ne risultano quindi processi secondari fragili e distorsioni strutturali mentali e cognitive.

Data la loro difficoltà nello svolgere attività mentali, nel giocare e nel simbolizzare, questi bambini sono spesso vicini al blocco o allo scarico; il primo impenetrabile, il secondo distruttivo, tanto in senso motorio che verbale, tali difficoltà rendere oltremodo difficili i diversi approcci che tentiamo con loro, ostacolando fra l'altro sensibilmente la costituzione di gruppi dinamici (ai quali noi tendiamo molto); questi sono infatti fondamentalmente mentali ai fini della realizzazione di un'attività creativa, di un lavoro pedagogico o di un trattamento psicodrammatico.

A differenza di altri bambini nei quali il processo psicotico, il delirio, la « follia », servono da difesa verso una realtà da loro vissuta come molto penosa o pericolosa, il debole leggero si comporta come se soccombesse davanti a questa realtà dolorosa e costringitiva, facendone abortire il suo delirio tramite un'espulsione prematura, una specie di scarico evacuatrice delle rappresentazioni e degli affetti prima che essi arrivino ad organizzarsi e ad assumere una forma personale; questo processo di evacuazione rappresenta infatti il fenomeno opposto

quello dell'interiorizzazione e del possesso dell'esperienza. In altri momenti questi ragazzi si difendono creando un sistema paraeccitativo, tale da bloccare il loro conscio su di una percezione o sensazione, creando così una barriera che li tagli fuori da ogni apporto o sollecitazione esterna.

Nel '68, nel corso della nostra ricerca sui deboli leggeri di 12 anni, ci apparve evidente che questi ragazzi entravano in questo stato di « debolezza » per evitare di diventare pazzi o per non essere più trattati come tali. La rigidità dei sistemi dei programmi scolastici ginevrini favorisce, strada facendo, o una cicatrizzazione dei processi primari, che rende il ragazzo estremamente passivo e dipendente, o una sua esclusione dal sistema scolastico, perché viene considerato intollerabile.

Fortunatamente per noi, la maggior parte dei ragazzi che ci arrivano, sono ancora giovani ed è sufficiente proporre loro qualche attività abbastanza libera, nell'ambito di un quadro determinato, perché ricompaiano le loro idee folli e le loro equazioni simboliche.

Il quadro che noi forniamo a « La Riprese » è, nello stesso tempo, molto esteso e molto flessibile. Da una parte l'istituto possiede infatti numerosi locali dove i ragazzi possono svolgere attività diversificate ed un enorme parco che permette loro libertà di movimento, dall'altra un buon numero di adulti tolleranti e protettivi.

Noi siamo consapevoli della fragilità psichica di questi bambini, sapendo quanto essi siano privi di occasioni di espansione e di tolleranza nel loro ambiente familiare. La maggioranza dei

bambini che noi accogliamo provengono da ambienti decisamente sfavorevoli. Sapendo come essi siano stati impressionati dalle regole e dalla disciplina dell'ambiente scolastico comune, noi cerchiamo di fornire loro un contesto, delle regole, che diano loro più possibilità di esternare i loro conflitti interiori.

In questo modo, per mezzo di una nuova concezione della pedagogia, della disciplina e dei rapporti di gruppo da una parte e di un sapiente dosaggio fra momenti organizzati e momenti non organizzati dall'altra, ci sforziamo di riattivare i processi primari dei bambini che ci sono affidati e di aiutarli a integrarsi in processi secondari più ricchi e più solidi; tutto ciò attraverso la creazione ed il consolidamento di molteplici spostamenti simbolici, una maggior padronanza del loro corpo, la facilitazione e la possibilità di attaccarsi a oggetti o attività transizionali, la libertà di misurare la distanza e l'utilizzazione dello spazio di fronte all'adulto o nei confronti dei loro compagni.

A questo riguardo, è stupefacente osservare come molti di questi bambini abbiano bisogno di maneggiare piccoli oggetti (non sempre giocattoli) per poter ascoltare l'adulto che trasmette loro delle conoscenze da assimilare. Altri ragazzi, per essere in grado di lavorare, hanno bisogno di tenersi ad una certa distanza dall'insegnante e dai loro compagni. Certi altri ancora, sentono il bisogno di allontanarsi dalla classe per un momento, chiedono di poter uscire utilizzando futili pretesti o costringono l'adulto a mandarli fuori, come se avessero bisogno di una frattura con il gruppo per poter continuare ad appartenervi.

Il fatto di avere 2 adulti per gruppo (un istitutore ed una educatrice) facilita al bambino l'occupazione di uno spazio abbastanza esteso senza per questo sentirsi abbandonato nelle zone non occupate da altri bambini o adulti.

Il risultato di tutto questo è che alla fine del terzo, quarto anno di soggiorno a « La Rippe », se le nostre statistiche ed i nostri studi catamnestici non ci ingannano, l'80 % dei bambini che escono dal nostro istituto sono stati in grado di costruirsi una struttura affettiva neurotica, tale da consentire loro di attraversare lo sconvolgimento della pubertà e la crisi adolescenziale con una certa facilità e senza scompensi ebfrenici.

All'epoca della nostra ricerca sui deboli mentali leggeri, constatammo che una parte dei bambini non curati avevano trascorso nell'adolescenza un periodo in clinica psichiatrica, dove erano stati diagnosticati come schizofrenici.

Per contro, pur essendo riusciti a limitare la debolezza mentale in questi ragazzi, resta il fatto che essi conservano più o meno lo stesso scarto di ritardo scolastico rispetto a quelli che seguono l'insegnamento normale. Questo resta un serio problema per quanto riguarda il loro inserimento nelle scuole di formazione pre-professionale ed in particolare nell'attuale momento socio-economico nel quale cominciano a scarseggiare i posti di apprendistato e dove la nostra società continua a privilegiare i bambini intellettualmente più dotati.

Numerosi ex-allievi de « La Rippe » hanno vissuto periodi di incertezza e di instabilità professionale al tempo del loro primo lavoro come apprendisti, per

stabilizzarsi più tardi in un'occupazione che sembrava piacere loro di più.

Inoltre, i nostri ragazzi incontrano altre difficoltà quando si trovano a doversi reinserire in sistemi scolastici disciplinati e fortemente gerarchici, dopo essere stati abituati qui a « La Rippe » ad un'indisciplina organizzata ed a comportamenti fin troppo permissivi.

Resta da risolvere il problema di una trafila pre-professionale più graduale e più strettamente collegata con il personale e la metodologia applicata a « La Rippe ».

Attualmente i bambini restano legati all'istituto. Una volta usciti da « La Rippe », essi vi tornano spontaneamente in occasione di feste tradizionali o in giorni in cui non sanno cosa fare in città. L'assistente sociale continua a seguire un buon numero di famiglie i cui ragazzi hanno lasciato « La Rippe ».

Tuttavia, nonostante i loro limiti intellettuali, che possiamo riassumere dicendo che essi restano incapaci di accedere alle operazioni formali, noi siamo lieti di aver messo la maggior parte di questi ragazzi in grado di cavarsela. I racconti riguardanti i loro diversi tentativi o gli spostamenti in città ci stupiscono ogni volta per la loro ingegnosità e serenità.

B) L'ISTITUZIONE

Al momento 48 bambini sono sistemati alla scuola all'aria aperta de « La Rippe ». Il rinnovo si aggira ogni anno sull'1/3 dei pazienti, tenendo conto delle defezioni e delle dimissioni.

L'équipe cerca di sviluppare non tanto delle posizioni di tipo gerarchico, quan-

to piuttosto una distribuzione ed un'interdipendenza di ruoli e un'utilizzazione al massimo grado delle qualità di ciascuno.

Qui a « La Rippe », ogni équipe è composta di 4 insegnanti, 4 educatrici, due delle quali a *part-time*, e del personale della casa, cioè una coppia di guardiani, un cuoco ed un aiuto di cucina. Collaborano *part-time* alcuni specialisti del SMP, quali:

- l'assistente sociale (a mezza giornata);
- il medico;
- due psicomotriciste 1 giorno la settimana.

Temporaneamente disponiamo anche dell'assistenza tecnica di una psicologa e di una logopedista per un nuovo tentativo di insegnamento del francese.

La scuola dipende dall'ispettore del SMP e della DEP. Le modalità di raggruppamento dei bambini sono molto diverse. Distinguiamo prima di tutto *i tempi non organizzati*.

- La scuola, situata in una posizione privilegiata, ai piedi del Giura, ai margini della foresta, dispone di un grande parco alberato, permette tutta una gamma di giochi, scoperte, esplorazioni, gite, costruzioni di capanne, steccati ed altre possibilità di utilizzazione dell'ambiente.
- Per il pasto di mezzogiorno, i bambini si raggruppano a seconda della loro affinità, in tavoli da 5 o da 6.
- La siesta è un momento di calma e di distensione durante il quale i bambini leggono o ascoltano un racconto.

Nei *tempi organizzati* i raggruppamenti si fanno in tre modi:

- gruppi di classe;
- gruppi di livello (francese e matematica);
- *ateliers e clubs*.

Il gruppo di classe è il quadro di riferimento del bambino e avviene:

- in un locale assegnato;
- insieme ad altri compagni i cui interessi e maturità affettiva siano vicini;
- con un insegnante ed un'educatrice responsabile. (Noi vogliamo riprodurre, attraverso queste due presenze, maschile e femminile, un'immagine di coppia per i nostri bambini). Il numero è di 13-15 per i grandi, di 10 per i più piccoli.

L'accento è messo sulla socializzazione. Il diverso livello di efficienza di ciascuno non è affatto pregiudiziale alla sua partecipazione. Lo scopo educativo consiste nel far scoprire e vivere tutte le interdipendenze necessarie all'informazione, alla comunicazione, al rispetto degli altri e dell'ambiente ed infine il lavoro di gruppo. Le attività servono per aumentare la motivazione all'apprendimento e per valorizzarlo; sono basate su:

- la comunicazione
- l'osservazione
- la scoperta dell'ambiente
- l'utilizzazione dell'ambiente naturale e sociale
- la ricerca di documentazione
- l'espressione corporea
- l'espressione artistica
- l'educazione alla sensibilità
- la musica ed il canto
- l'indagine
- lo scambio tra classi e tra scuole.

I gruppi di livello

È il criterio « efficienza » che è stato privilegiato per la costituzione di questi gruppi, stabiliti da una parte per il francese e dall'altra per la matematica.

L'effettivo di questi gruppi, è più ristretto di quello dei gruppi di classe (circa 7-8).

Le attività tengono conto delle tappe dell'apprendimento e in questo modo consentono ai ragazzi di fare buona riuscita e di essere stimolati da un livello di richieste adeguato.

I tempi di apprendimento, diversi a seconda degli allievi, implicano la possibilità di passare da un gruppo all'altro lungo tutto il corso dell'anno. Il sistema offre il vantaggio di mettere a disposizione un'educatrice senza responsabilità di gruppo che assicuri una permanenza; essa può infatti radunare i ragazzi in conflitto che lasciano il gruppo, dare un appoggio individuale, o anche sostituire un adulto assente.

Gli *ateliers* di attività creative ed i *clubs* sportivi tengono conto degli interessi dei bambini, essendo attività a scelta.

Oltre a favorire lo sviluppo della socializzazione (migliore conoscenza dei bambini tra loro, rapporti stabili con tutti gli adulti della casa) essi consentono un approfondimento delle tecniche e di conseguenza delle esigenze più elevate.

In questo primo periodo le attività principali sono:

- ceramica
- confezione di giocattoli
- pittura ed altre tecniche
- cucito
- marionette
- espressione corporea

- psicodramma
- un club di ritmica
- un club di ginnastica
- un club di football.

I *clubs* sportivi favoriscono scambi ed incontri tra scuole sia a « La Rippe » che in città, in occasione di giornate sportive e di tornei.

Va notato che i gruppi di classe fanno da cornice ai gruppi di livello e agli *ateliers*, ogni giorno ed ai due poli della settimana (lunedì mattina e venerdì).

Questo funzionamento di base, chiaramente definito e organizzato, consente una discreta elasticità a seconda delle situazioni. Ciò implica da parte di tutti i collaboratori una comunicazione permanente, esigenze comuni, un atteggiamento uguale e coerente verso i bambini.

Istitutori ed educatrici, soli o abbinati, si trovano nel corso della settimana in presenza di gruppi differenti. Ogni collaboratore del SMP partecipa regolarmente a uno di questi momenti. Allo stesso modo istitutori ed educatrici hanno la possibilità di assistere o partecipare alle pratiche degli specialisti.

Ogni responsabile del collocamento del bambino è invitato a mantenersi in stretta comunicazione con la scuola.

Dobbiamo anche non sottovalutare il personale di casa che copre un ruolo importante per i bambini; queste persone infatti li fanno partecipare a piccoli lavori di manutenzione, al servizio di tavola, alla cucina e alla preparazione di dolci.

La collaborazione con i genitori è indispensabile. Noi teniamo molto al fatto che gli obiettivi della scuola siano da loro capiti ed approvati e per questo li

invitiamo a partecipare a riunioni di scuola e di classe.

L'assistente sociale fa regolarmente da tramite tra loro, la SMP e la scuola.

Secondo il tipo di genitori, gli incontri che essa organizza a scuola o a domicilio vengono fatti in collaborazione con l'una o l'altra delle persone che lavorano nella casa. (Istitutori, educatori, medici, psimotriciste).

Ogni bambino riguarda l'intera équipe. La permeabilità della casa e dei diffe-

renti gruppi a tutti questi modi di intervento necessita di una messa a punto precisa, affinché ognuno possa situarsi bene nel suo ruolo e nella sua professione.

Nasce da questo la necessità di incontri al di fuori della scuola ove tutti siano presenti. In queste occasioni si fanno bilanci, si propongono accomodamenti, si rimettono in discussione alcune cose, si formulano proposte nuove al fine di migliorare l'organizzazione.

INDICAZIONI E LIMITI DELL'OSPEDALE DI GIORNO PER HANDICAPPATI MENTALI GRAVI

J.-J. EISENRING

Cominceremo col suddividere il nostro discorso in tre parti. Dopo aver brevemente ricordato qualche caratteristica della popolazione che ci riguarda, cioè quella degli handicappati mentali gravi, tenderemo di differenziare l'ospedale di giorno rispetto ad altre strutture disponibili per questi pazienti nel nostro cantone. In terzo luogo, ci soffermeremo su alcuni aspetti del loro funzionamento, confrontandoli con gli obiettivi prefissi.

Caratteristiche della popolazione in oggetto

Il contatto quotidiano con handicappati mentali gravi, bambini o adulti, ci mette di fronte all'insoddisfazione di una definizione di « *handicap* » nel solo senso deficitario. La realtà dell'handicappato mentale non si esprime attraverso la semplice opposizione ad una normalità statistica; non si tratta di una differenza determinata in maniera definitiva da una patologia organica, le cui conseguenze sulla sfera cognitiva sarebbero esclusive.

Perfino il riferimento a disturbi detti « sopravvenuti » non potrebbe esprimere la complessità e la dinamica del quadro

clinico così come lo viviamo noi. Quanto l'implicazione di una eziologia unica sia inadeguata viene illustrato per esempio dalla grande variabilità delle personalità che si incontrano nella sindrome di Down, anche se non si raffrontano che i casi completi di « trisomia » 21.

L'importanza del fattore organico non può essere valutato con sicurezza se non quando questo viene considerato nella storia di un soggetto in via di personalizzazione.

Si tratta quindi di ricercare le conseguenze dell'« *handicap* » nel rapporto con la madre, la cui importanza nella dinamica della differenziazione « io-altri » nell'evoluzione delle pulsioni, nella organizzazione delle funzioni simboliche non ha bisogno di dimostrazioni. È anche evidente che oltre la madre, l'entourage del bambino percepirà l'handicap in una certa maniera e, con un movimento di *feed-back*, gli rimanderà reazioni che limiteranno o favoriranno la strutturazione della sua personalità. Peraltro una stessa percezione della realtà è fortemente tributaria del grado di lesione sensoriale o motoria, con una possibilità di scambio che potrà realizzarsi o no.

Questo approccio globale della personalità nel ritardo mentale grave ci permette di afferrare meglio le differenti gamme di graduazione e di tentare di darvi una risposta, usando una dialettica diversa da quella del « recupero » e della compensazione rivolta al singolo difetto e non alla personalità in quanto tale.

È così che si incontrano soggetti che attraverso i fallimenti delle loro esperienze primitive, restano incapaci di elaborare le identificazioni indispensabili e

non possono accedere alla simbolizzazione per fissarsi in un'organizzazione pulsionale di tipo elementare. Si comprende allora l'assenza di interesse per l'apprendimento, che resta sprovvisto di qualunque significato.

Il deficit cognitivo è così mantenuto, rinforzato dall'amputazione dell'affettività. Se questo processo non è completamente incistato, si possono veder sorgere degli investimenti parziali, generalmente distorti. Il deficit in questo caso conserva una sufficiente plasticità che permette una mobilitazione reale della situazione, nel caso che venga affrontata abbastanza precocemente.

Per alcuni il rischio di un incistamento è evidente, per altri invece l'intrusione di certi fantasmi o un'integrazione nella realtà mutevole e spesso labile, evocano una strutturazione di tipo psicotico. Ed è proprio in questo caso che un approccio pluridimensionale, nell'ambito di un ospedale di giorno, ci sembra particolarmente indicato.

Criteria per un ospedale di giorno

È necessario fare una netta distinzione tra l'ospedale di giorno e le altre strutture destinate all'assunzione in cura di handicappati mentali gravi.

Non si tratta né di un centro di giorno né di un esternato medico-pedagogico dotato di un particolare carattere terapeutico. L'ospedale di giorno, adatto anche ad handicappati mentali gravi, è, per definizione, destinato al trattamento in esternato di bambini che presentino gravi turbe della personalità a carattere evolutivo.

Si tratta soprattutto di evidenziare non il carattere educativo o medico-psicologico, bensì l'orientamento propriamente terapeutico dell'istituzione. Quest'ottica, fondamentalmente differente rispetto al centro di giorno o agli esternati medico-pedagogici, è ancora poco conosciuta a livello di amministrazioni e, in particolare, dell'*Office Fédéral des Assurances Sociales*. Per quest'ultimo, si tratta essenzialmente di precisare, per quanto concerne i deboli di mente, se essi sono inseribili in un ambiente scolastico o se sono praticamente educabili. Il trattamento progettato nel nostro ospedale di giorno mira principalmente a rendere il ragazzo in grado di beneficiare di una esperienza scolastica speciale oppure di un'educazione sul piano pratico, generalmente dispensata in piccoli gruppi. Le modalità terapeutiche sono adattate a ciascuno individualmente e di conseguenza la struttura dev'essere di grande elasticità. Quest'ultima peraltro deve potersi appoggiare alle diverse altre strutture di presa in cura della deficienza mentale, affinché, non solo l'assunzione e la selezione dei malati possano svolgersi in condizioni agevoli, ma anche perché il dopo-cura segua il trattamento in una successione armoniosa. Il passaggio dall'ospedale di giorno verso altre strutture extra-ospedaliere è un momento decisivo che implica una lunga preparazione, non solo del soggetto, ma anche della struttura che lo accoglie; naturalmente tutto ciò non è possibile se non a patto che esista una reale coesione tra i diversi elementi di presa in cura.

Aspetti di funzionamento

I candidati per l'ospedale di giorno vengono segnalati nell'ambito di differenti istituzioni o giardini d'infanzia di cui noi siamo consulenti oppure vengono condotti ad un consulto dai loro genitori.

Dopo un primo bilancio multi-disciplinare, il caso viene discusso con l'intera équipe dell'ospedale di giorno. Se l'assunzione in cura trova una giustificazione in un primo piano di cura, uno dei collaboratori dell'ospedale di giorno si avvicina al bambino nel suo ambiente di vita abituale. Gli consacra così qualche ora al giorno in modo progressivo per la durata di una o due settimane nell'ambito dell'istituzione, del giardino d'infanzia o della famiglia.

In questo primo periodo si tratta di fare in modo che il bambino accetti la nostra presenza. D'altra parte, questo approccio permette di conoscere meglio il tipo di vita al quale il bambino è abituato. Dopo questa prima fase, decidiamo a proposito della frequenza della presa in cura e ci fissiamo un primo obiettivo.

La frequenza è molto variabile, benché sempre progressiva, può andare infatti da un minimo di un'ora la settimana, fino a 5 giorni completi dalle 9 alle 16; dipende da molti fattori, prima di tutto dipenderà ovviamente dal bambino stesso. Queste ore trascorse all'ospedale di giorno devono rappresentare un momento particolarmente privilegiato durante il quale egli può sentirsi a suo agio, benché questo costituisca anche un'esperienza che lo sollecita ad uno scambio nel quale egli non è una vittima.

Il trattamento è certamente intensivo ma mai brusco, dato che mira ad una certa armonia.

La frequenza settimanale dipende anche dal consenso dei genitori. Uno dei vantaggi dell'ospedale di giorno e, in certi casi, una delle difficoltà, è di evitare la rottura con l'ambiente familiare. Quello che va evitato o, per lo meno, limitato, è una sorta di competizione tra i genitori e l'ospedale di giorno. Noi domandiamo a questi ultimi una grande regolarità durante il trattamento dei loro bambini.

Evitiamo di farli assistere alle sedute e perfino di lasciarli entrare nei locali di terapia per non sciupare quell'intimità che deve nascere tra il ragazzo ed il suo terapeuta. Noi offriamo ai genitori un interlocutore per permettere loro di capire a fondo il loro rapporto con il figlio, senza colpevolizzarli e per renderli in grado di far fronte ai loro compiti educativi, se occorre, con gli altri figli. In alcuni casi questo incontro, che avviene fuori dell'ospedale di giorno, nell'ambulatorio attiguo, sboccia in una vera e propria psicoterapia.

Infine, la frequenza della presa in cura del bambino handicappato mentale grave dipende anche dalla disponibilità dell'équipe alla quale viene affidato. Qui tocchiamo un punto molto delicato; in effetti ogni bambino è preso in cura individuale da un solo membro dell'équipe, per lo meno durante la prima parte di trattamento; il terapeuta si sente quindi profondamente coinvolto e deve dominare il suo contro-transfert per conservare al rapporto l'autenticità e la disponibilità necessarie ad una reale strutturazione. Le discussioni in équipe, i con-

trolli in gruppo o individuali mirano proprio a preservare questa lucidità. Tutto ciò richiede una grande coesione dell'équipe che in questo ospedale è relativamente ridotta, essendo quest'ultimo destinato a ricevere soltanto una decina di soggetti.

Abbiamo già detto che questo trattamento comincia ad instaurare un rapporto fra il terapeuta e il bambino per permettere a quest'ultimo di vivere una realtà che non sia ostile, ma che inviti alla scoperta.

Due aspetti di questa ricerca ci sembrano importanti: il primo consiste nel quietanzare costantemente il messaggio emesso dall'handicappato mentale; messaggio ovviamente infraverbale, trasmesso con il corpo, con lo sguardo, per mezzo dell'aggressività o del ritiro. È importante capire il suo giusto valore, dato che il riflesso che gli rimandiamo permette al soggetto di prendere coscienza della propria esistenza. L'altro aspetto che a noi sembra determinante è la possibilità di sperimentare, oltre al rapporto privilegiato con il terapeuta, l'esistenza degli altri e del gruppo. È infatti solo al momento in cui il gruppo può venire tollerato e non implica più un ritiro, che si può cominciare a considerare la possibilità di passare dall'ospedale di giorno ad un'altra struttura a carattere maggiormente pedagogico.

Questo vissuto di gruppo viene introdotto progressivamente in occasione di pasti in comune o di passeggiate. Il passaggio ad altri interlocutori può essere realizzato anche attraverso la presenza degli altri terapeuti del gruppo, che vengono progressivamente introdotti nel rapporto a due.

Inutile dire che questo procedimento non fa che accentuare la necessità di coesione e di armonia all'interno del gruppo dei terapeuti, tale da rendere effettivamente possibile questo passaggio.

Noi pensiamo di intraprendere questa progressione di frequenza con bambini piuttosto piccoli, cioè di 3-4 anni, però siamo stati indotti a trattare alcuni adulti, tutti handicappati mentali gravi, il più anziano dei quali, al momento del suo arrivo, aveva 53 anni. Questi adulti vivevano in una vera e propria simbiosi con il padre o la madre ancora in vita, talora dell'età di ottant'anni, ed erano assolutamente incapaci di sopportare un rapporto con qualcun altro e, a maggior ragione, di vivere in un gruppo. In questi casi, il lavoro è stato introdotto per mezzo di una presa in cura tale da consentire ai partners di questa coppia « figlio-genitore » di prendere una certa distanza ed una certa autonomia; si è trattato di lavorare contemporaneamente sia sul genitore che sul figlio. Anche in questo caso, la prospettiva è l'inserimento in un gruppo, in particolare nell'ambito di un *atelier* protetto per fare in modo che, al momento in cui il genitore superstite viene a morire, il figlio sia in grado di sopportare questa presa in cura, inserito in una struttura comunitaria.

È evidente che questo processo, all'ospedale di giorno, si misura in mesi, addirittura in anni. Noi non abbiamo intenzione di parlare dei risultati ottenuti in quanto l'ospedale di giorno per la deficienza mentale, situato in rue XXXI Décembre, ha un'esistenza ancora relativamente breve e non disponiamo della sufficiente prospettiva per fornire indi-

cazioni definitive. Noi ci auguriamo, con l'aiuto delle reazioni e discussioni di questo seminario, di poter migliorare l'efficacia di quello strumento che è

l'ospedale di giorno per handicappati mentali gravi, i quali, senza quest'ultimo, dovrebbero essere prima o poi ricoverati in clinica psichiatrica.

CONDIZIONI PER UN INTERVENTO TERAPEUTICO IN UNA UNITÀ DI GIORNO PER BAMBINI IN ETÀ PRE-SCOLARE. (L'Arc En Ciel)

J.-C. STUCK

L. ADLER

A. BLANDU-BIDAUX

Prima di affrontare il problema delle condizioni del nostro intervento terapeutico, descriveremo il nostro istituto.

Prima parte: descrizione dell'Arc En Ciel

1. LE ORIGINI

L'Arc En Ciel è stato creato nella primavera del 1969, per impulso dell'Astural, associazione privata di aiuto alla gioventù, con la collaborazione di una parte di quella che sarebbe poi diventata l'équipe di lavoro (direttrice, medico responsabile, segretaria generale dell'Astural); queste persone hanno riflettuto, per un anno intero, sia sulle modalità amministrative e pratiche del futuro istituto che sul suo orientamento educativo e terapeutico.

L'Arc En Ciel è un piccolo esternato *pedagogico-terapeutico* che accoglie durante il giorno, dal lunedì al venerdì,

dalle 8,30 alle 17 (mezzi di trasporto forniti dall'Istituto) una dozzina di bambini dai 3 ai 7 anni che manifestano gravi segni di disorganizzazione o di disadattamento nel loro ambiente familiare o pre-scolastico e che hanno quindi bisogno, per un certo lasso di tempo, di una presa in cura più globale. L'Arc En Ciel, pur essendo parzialmente sovvenzionato da un'organizzazione privata, è anche riconosciuto e fortemente appoggiato dall'*Assurance Invalidité* e dallo Stato; di conseguenza è accessibile a bambini di qualunque strato sociale. (I genitori infatti non sostengono che una minima percentuale, il 3%, della retta giornaliera che ammonta a 150 franchi per bambino).

Tenendo presente che la presa in cura istituzionale non costituisce che un momento nella vita del bambino e della sua famiglia, e che non ha senso se non si inserisce in una continuità, noi ci sforziamo di non isolare il bambino dal suo ambiente; è in funzione di detti principi che cerchiamo di organizzare sia la struttura dell'istituzione che il suo funzionamento.

2. I BAMBINI

I casi generalmente ci vengono segnalati da Servizi ufficiali (Servizio Medico-Pedagogico, Clinica Pediatrica, Guida per l'Infanzia) e talvolta anche da medici cittadini. Noi non ci accontentiamo dei soli *dossiers* scritti e chiediamo sempre un colloquio con la persona responsabile. I bambini che hanno più di cinque anni non vengono presi in cura che in via eccezionale.

di ammissione viene presa dalla direttrice e dal consulente medico, i quali, dopo un colloquio approfondito con i genitori ed il bambino, riferiscono le loro impressioni all'insieme dell'équipe. I genitori visitano la casa e i bambini vi trascorrono d'abitudine un'intera giornata prima della loro definitiva ammissione. In pratica, la decisione di ammissione dipende dall'intera équipe che, dopo diversi contatti, esprime la sua opinione. È chiaro che la scelta non dipende soltanto dalla diagnosi e dalla prognosi, ma anche da esigenze d'ordine terapeutico quali la possibilità di collaborazione con i genitori, la struttura dei gruppi già costituiti, la motivazione dell'équipe.

b) Per quanto concerne la popolazione, noi accogliamo gruppi di bambini differenti gli uni dagli altri, senza escludere alcuna categoria diagnostica (psicosi, nevrosi, deficit intellettuali primari e soprattutto secondari, *handicaps* fisici ecc.) al fine di evitare qualunque segregazione di soggetti simili.

c) Inoltre, nel desiderio di non creare fratture con l'esterno e di preservare una continuità nella presa in cura, noi cerchiamo sempre di mantenerci in contatto con i servizi o i medici che ci hanno inviato il bambino. In alcuni casi essi lo riprenderanno in cura all'uscita, in altri dovranno esaminarlo (bilanci periodici), o curarlo (psicoterapie) durante il suo soggiorno all'istituzione.

I collaboratori sono invitati alla maggior parte delle nostre riunioni di sintesi, mantenendo così, in modo indiretto, un contatto con il bambino, la sua famiglia e l'istituzione per tutta la durata della cura. L'introduzione di un terzo elemento nel rapporto dell'istituzione con il bam-

bino e la sua famiglia consente una ripartizione dinamica degli investimenti. In questo modo certe cariche espressive possono essere espresse e alcuni conflitti con l'istituzione possono venire elaborati.

d) Per quanto concerne le uscite, esse vengono lungamente preparate in équipe in collaborazione con i genitori, con le équipes di settore e dei futuri ambienti di accoglimento. La media di questi soggiorni è di due anni. Le uscite avvengono secondo modalità diverse in funzione dei casi e degli sbocchi a disposizione. Possono essere: progressive (il bambino reintegra il circuito ufficiale durante le ore di scuola e resta all'Arc En Ciel per il resto del tempo); definitive, in un ambiente normale o ancora protetto.

3. LA CORNICE TERAPEUTICA

a) La sistemazione concreta dell'istituzione, cioè l'inquadramento materiale, spaziale, temporale e sociale è di primaria importanza. In effetti qualunque sia la formulazione utilizzata per descrivere il tipo di presa in cura nel quadro istituzionale, all'idea terapeutica si trova sempre associata quella di un clima, di un ambiente, di luoghi circostanti che siano di per sé positivamente operanti. In quest'ottica, l'Arc En Ciel è stato volontariamente impiantato in città, in un immobile in affitto che non si distingue da quelli nei quali i bambini fanno ritorno ogni sera. Questi ultimi hanno rapporti quotidiani con le persone del quartiere e si trovano di fronte alla realtà vivente che li circonda.

C'è tutto questo apertura verso l'ester-

no che limita i rischi di segregazione. Come struttura architettonica, i locali sono situati in due appartamenti adiacenti le cui dimensioni relativamente ridotte consentono una sistemazione di tipo familiare tale da rispondere ai bisogni dei piccoli; vi si trovano, oltre agli spazi riservati al « lavoro », anche spazi maggiormente personalizzati che i bambini possono organizzare ed utilizzare a loro piacimento. La cucina è parte integrante di questo insieme ed ha una grande importanza per il bambino il quale può, quando lo desidera, andare lì a « ristorarsi », in tutti i significati del termine, vicino al cuoco. Per quanto concerne l'organizzazione del tempo, noi cerchiamo anche di rispondere ad un bisogno di coesione e di sicurezza, di conseguenza: orari piuttosto regolari, il riapparire degli stessi visi o delle stesse attività negli stessi giorni od ore, l'alternarsi di fasi attive e di riposo. Siamo particolarmente attenti ai momenti critici di transizione e di separazione, dall'Arc En Ciel a casa e viceversa, e questo ci costringe ad un'organizzazione personalizzata dei trasporti.

b) Il lavoro dell'istituzione è basato sull'esistenza di gruppi (con 4-5 bambini, 6 al massimo) che noi qualificiamo come funzionali nella misura in cui essi cercano di rispondere ai bisogni naturali del bambino, tenendo conto delle due tendenze fondamentali del suo sviluppo: quella a progredire e quella a regredire. Abbiamo così costituito due tipi di gruppi: « gruppi di vita » e « gruppi di classe ». I gruppi di vita implicano una serie di cure, in senso lato, per il bambino (alimentazione, pulizia personale, abbigliamento, stasi). Le cure vengono sem-

pre assicurate dalla stessa educatrice, vissuta per la maggior parte del tempo come una madre sostitutiva.

Questi gruppi di vita sono dei punti di riferimento stabili e permanenti al fine di garantire un massimo di sicurezza al bambino; qualunque cambiamento si introduca a un dato momento della sua evoluzione (passaggio da una classe all'altra, cambiamento di terapia) il bambino resta legato allo stesso gruppo di vita per l'intera durata del suo soggiorno.

Parallelamente, i bambini sono integrati in due classi, composte diversamente dai gruppi di vita, seguite da maestre d'asilo o educatrici. In una delle classi si raggruppano intorno ad attività creative di pre-apprendimento e di gioco, quei bambini che hanno ancora bisogno di un appoggio individuale e di tipo materno. Nella *grande classe* si trovano bambini già bene abituati alle esigenze del gruppo e l'orientamento può essere a carattere più scolastico.

La nostra scelta di base è quindi quella di organizzare il lavoro istituzionale intorno a queste unità che sono i « gruppi educativi » (sui quali ritornerà ulteriormente), inserendo in questo insieme gli interventi individuali (« contributi educativi », sedute di logoterapia o di psicomotricità, psicoterapia o analisi).

4. RAPPORTI DELL'ISTITUZIONE CON I GENITORI

Lavorare presso le famiglie costituisce un imperativo nella misura in cui a questa età, il bambino solo non esiste; egli è solidale con il passato, il pre-

sente ed il futuro della sua famiglia. Si impone quindi la necessità di contatti molteplici con i genitori sotto diverse forme, durante le varie tappe della cura. Ricordiamo l'importanza dei colloqui al momento dell'entrata, nei periodi di crisi e in vista della dimissione. La direttrice gioca un ruolo importante in questi scambi, con l'appoggio del consulente medico.

Per quanto è possibile, cerchiamo anche di mettere a confronto il gruppo familiare in suo insieme ed un gruppo rappresentativo dell'istituzione. Ciò non esclude affatto la possibilità di incontri occasionali con gli educatori o i rieducatori.

Due volte l'anno i genitori si radunano all'Arc En Ciel per affrontare i problemi di interesse comune (organizzazione dei trasporti, motivi di attrito tra l'istituzione e la famiglia). In alcuni casi ben definiti i genitori assumono attiva responsabilità per quanto riguarda l'andamento della casa; questa in generale resta aperta per loro abbastanza liberamente. Ricordiamo inoltre le prese in cura dei nostri casi, all'esterno dell'istituzione, quando i genitori sono disposti ad accettarle.

5. Ci resta da affrontare infine il problema **dell'équipe educativa**

L'équipe a tempo pieno si compone di 6 persone:

- una direttrice che si assume, oltre ai compiti amministrativi e di coordinamento, l'essenziale dei contatti con le famiglie;

che hanno l'incarico dei gruppi, più una tirocinante.

Quanto agli specialisti *part-time*, essi sono quattro:

- una logopedista;
- una psicomotricista;
- un consulente psichiatra;
- uno psicologo incaricato della ricerca.

Questo corrisponde alla proporzione di un adulto a tempo pieno ogni due bambini e un adulto *part-time* ogni tre bambini.

Come in ogni istituzione, noi cerchiamo di coordinare le diverse attività e di elaborarle in équipe. Per questo sono stabiliti diversi incontri:

- Una sintesi settimanale che riunisce tutta l'équipe ed i collaboratori esterni, per la discussione di un caso specifico.
- Un colloquio settimanale detto pedagogico che riunisce l'équipe a tempo pieno con il consulente medico e dove si affrontano problemi di pratica educativa, non riguardanti un bambino in particolare, ma il gruppo e l'istituzione considerati nel loro insieme.
- Incontri informali giornalieri che consentono non soltanto il passaggio di informazioni, ma possiedono anche un valore catartico.
- Infine seminari mensili più teorici, dedicati sia alla lettura che alla ricerca.

Questa è la cornice terapeutica nella quale, nel corso dei sei anni passati, abbiamo dovuto continuamente rielaborare il nostro operato.

Seconda parte: l'impatto terapeutico dell'istituzione

L'esperienza dimostra che nella maggior parte dei casi all'età di tre o quattro anni, noi ci troviamo di fronte a meccanismi di difesa cristallizzati che un semplice decondizionamento oppure «una esperienza emotiva correttiva» non sono in grado di modificare facilmente; l'evoluzione spettacolare sul piano sintomatico di qualche caso difficile come il mutismo completo o gravi anoressie non invalida affatto la suddetta constatazione. In questa età come in altre, solo un lavoro intenso, sia come durata che come qualità, può apportare dei cambiamenti, per quanto sempre in misura relativa, cioè «limitati e considerevoli» allo stesso tempo, secondo la formula di Balint. Combattuti tra la convinzione che un'istituzione come la nostra sia dotata di un forte impatto terapeutico (certamente non solo educativo) e la scoperta continua del fatto che urtiamo contro resistenze massicce presso i bambini, invischiati nelle loro famiglie, siamo costretti a porci continuamente domande circa le condizioni della nostra attività terapeutica: in che cosa e per quali vie il nostro lavoro può essere efficace?

La risposta, che non è mai facile, si complica al momento in cui l'intervento si rivolge ad un bambino piccolo presso il quale ogni cambiamento si innesta necessariamente in un'evoluzione «normale», come quella che il sistema educativo pretende di promuovere nell'ambiente naturale della famiglia e della scuola. Da quando abbiamo approfondito l'opera di Winnicott siamo in grado

di collegare meglio, sia dinamicamente che geneticamente, le premesse della vita intrapsichica (inclusa l'integrazione psicosomatica) all'evoluzione dell'atteggiamento concreto della madre, collocata in una storia e in un intreccio familiare. Da questo siamo stati indotti, come molti educatori, a rivolgere la nostra attenzione, fin dall'età di 3-4 anni, più sul gruppo familiare o educativo che sull'individuo isolato.

Che cos'è allora questo gruppo educativo o pedagogico-terapeutico dal nome ambiguo?

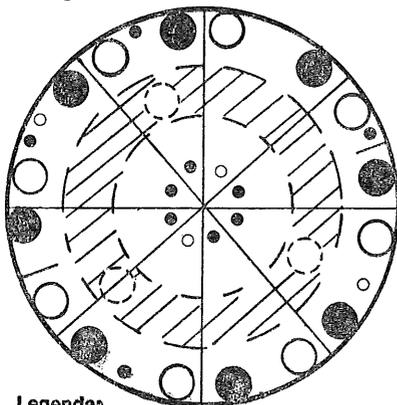
Nella situazione dell'esternato, questo gruppo risulta dalla sovrapposizione al gruppo familiare di un'attività istituzionale, cioè educativa in senso lato (v. i gruppi di vita e di classe come abbiamo illustrato più sopra). Un montaggio grafico illustra questa sovrapposizione: in una prima immagine si distinguono gli insiemi familiari con al centro bambini destinati ad entrare nell'istituzione; la stessa immagine mostra la «sovrapposizione», cioè la presa in cura dei bambini da parte di un gruppo di educatrici; la seconda immagine rappresenta la ripartizione dei bambini e degli educatori in più gruppi educativi.

(In questo schema semplificato, abbiamo tralasciato parecchi punti importanti quali l'appartenenza simultanea del bambino a più di un gruppo, l'esistenza parallela di legami interindividuali ed il particolare dei rapporti tra gli adulti che lavorano nell'istituzione).

Nella parte seguente del nostro lavoro, riporteremo successivamente ciò che avviene all'interno dei gruppi educativi e all'esterno di essi, cioè nei due gruppi coinvolti nell'interazione pedagogico-terapeutica.

Figura 1

Immagine 1



Legenda



Famiglie

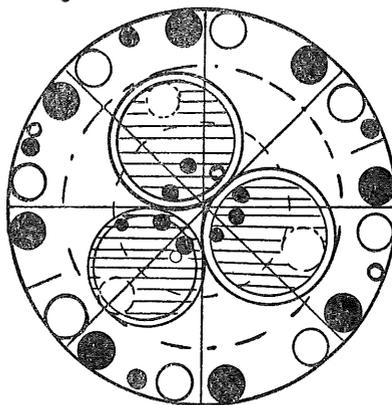


Istituzione



Gruppi educativi

Immagine 2



rapetutica: le famiglie ed il personale educativo.

1. IL GRUPPO EDUCATIVO

Cominceremo col definire questo gruppo. Il lavoro istituzionale esclude azioni frazionate e pone l'accento su di un ambiente coordinato. Il nucleo di questo insieme è formato dal gruppo o dai gruppi intorno ai quali gravitano attività individuali congiunte. In altri termini, le terapie individuali (contributi educativi, rieducazione, e psicoterapia) si innestano sul tronco grupppale comune.

In tale prospettiva, una psicoterapia costituisce più un punto di arrivo che un punto di partenza, essendo il risultato di una scelta esistenziale. L'importanza del modello freudiano potrebbe implicare un annullamento delle attività di gruppo o, come, dalla psicoanalisi

presente nelle idee, nei giudizi di valore, nei sentimenti o nei fatti. È per evitare qualunque mistificazione che il gruppo educativo deve restare al centro della azione terapeutica e che le azioni individualizzate, di cui nessuno possiede il monopolio, devono interpersi nel lavoro d'équipe senza fondersi né confondersi.

Seconda constatazione, una « buona istituzione » non sostituisce mai una « cattiva famiglia »: qualunque sia l'impegno dell'esternato, il gruppo educativo non sostituisce mai la famiglia, la quale rimane l'ambiente biologico, affettivo e sociale fondamentale del bambino (la famiglia è scolpita nella storia, cioè nella carne del bambino e questi, a sua volta, è scolpito nella storia, cioè nella carne dei genitori). Anche se psicotico, il bambino non è mai ingannabile

ne con l'ambiente familiare, sebbene trasferisca sempre sull'istituzione i suoi fantasmi e le sue difese familiari, in modo tale che si è potuto parlare di nevrosi istituzionali (i gruppi educativi, d'altra parte, a quell'età funzionano secondo un modello essenzialmente familiare).

Aggiungiamo che l'istituzione non potrebbe essere assimilata ad un ambiente scolastico in senso stretto; non si tratta di una collettività sottomessa a norme sociali delle quali l'apprendimento costituisce la prima finalità. È chiaro che vi sono molti genitori e bambini che parlano della *petite école* per comprensibili motivi difensivi. L'elaborazione — anche se indiretta — delle resistenze ai cambiamenti, per ogni bambino e per ogni famiglia, così come la larga accettazione di atteggiamenti regressivi, distingue l'ambiente pedagogico-terapeutico dalla scuola, almeno dalla scuola normale.

In un'istituzione pedagogico-terapeutica, gli scopi terapeutici devono essere resi altrettanto manifesti che quelli pedagogici; non basta la presenza del medico al momento delle ammissioni, in periodi di crisi e durante le riunioni dei genitori. Tutta l'istituzione deve prendere in carico le ferite, simboliche o meno, dei bambini e delle loro famiglie. Malgrado la sua ambiguità, la formula pedagogico-terapeutica limita i rischi di una segregazione psichiatrica, di soggetti e ambienti ancora in pieno periodo evolutivo.

In breve, il gruppo educativo non è né una psicoanalisi, né una sostituzione totale della famiglia del bambino, né una scuola benché attinga da questi tre si-

stemi alcune particolarità del loro funzionamento.

Che cos'è allora, in termini positivi, questo gruppo educativo di cui noi affermiamo l'efficacia terapeutica? Inizieremo con l'affermare che il gruppo esiste già all'età di 3 o 4 anni, cosa che è stata contestata da certi autori... con grande stupore da parte dei nostri educatori.

La formazione di gruppi all'età di 3 o 4 anni, ha potuto essere negata, per mancanza di una comunità spaziale e temporale sufficiente: si è sostenuto che le attività dei bambini più piccoli di 6-7 anni non erano che parallele e le loro associazioni discontinue. Le nostre osservazioni dimostrano che sotto l'apparenza di attività educative o ludiche, si forma una rete di interazioni in cui ognuno, con il peso del suo ruolo, è legato agli altri, ad una distanza variabile; a tutto questo si aggiunge il comune attaccamento dei bambini ad una figura parentale, l'emergere di leaders e l'identificazione reciproca dei bambini.

Senza dubbio non viene raggiunta quella stabilizzazione che risulta dalla socializzazione nel senso di Piaget: bisogna attendere 6-7 anni ed un funzionamento operativo perché si stabiliscano tra gli individui quelle regolazioni che assicureranno il passaggio dalla eteronomia e dall'egocentrismo verso la cooperazione e l'autonomia; d'altra parte, bisogna precisare che i gruppi di ragazzi grandi o di adulti sono lontani dal funzionare sempre secondo principi ideali di equilibrio e reciprocità. La labilità del legame di gruppo prima dei 6-7 anni per effetto di impatti aggressivi e la dipendenza cioè la necessità di una

presenza adulta (sul posto o nelle vicinanze) non ci sembrano differenziare sostanzialmente il gruppo dei bambini piccoli. Più che altro, noi pensiamo che un'attenta osservazione che tenga conto dei parametri non verbali della comunicazione e dello sviluppo fantasmatico soggiacente consenta di colmare le lacune del gioco di gruppo e di legare attività apparentemente disperse. Si è potuta provare (Montagnier per mezzo di filmati) con bambini più piccoli, di circa 2 anni e mezzo, l'esistenza di una vera ripartizione del territorio, una distribuzione dei ruoli ed una rete di comunicazione; ad un'età ancora più precoce, un'osservazione oggettiva mostra il fascino che il bambino esercita su altri bambini fin dal secondo anno di vita, fascino messo in rilievo da Charlotte Buhler e ripreso da Jacques Lacan (che lo mette in rapporto con la rivelazione narcisistica del soggetto di fronte allo specchio). Si può inoltre far risalire l'attrazione del bambino per un suo simile prima del terzo anno ed il gioco di gruppo a partire dai 3-4 anni per quanto bisogna ammettere che in questo campo come in altri lo sviluppo avviene progressivamente in seno alla famiglia. Da ciò emerge l'ambiguità del concetto di socializzazione enunciato da Ajuriaguerra, laddove si intende sia il punto di partenza che il punto di arrivo di questa evoluzione. Ne consegue anche una rivalutazione del rapporto con i fratelli, di cui Cahen ha potuto giustamente dire che esso costituisce un passaggio privilegiato tra la coppia immanente madre-bambino e quella trascendente uomo-donna.

Questo gruppo *non si organizza sol-*

tanto nello « hic et nunc »; vive infatti uno svolgimento storico nel quale si integrano i fantasmi di ogni bambino. Contrariamente a quanto avviene in una collettività ove ognuno si fonde, gli individui dei nostri gruppi eterogenei conservano la loro personalità. Questa integrazione nella diversità dipende da fattori « transferali » e « controtransferali ». La nostra osservazione prova in modo chiaro che i soggetti trasferiscono nel gruppo la loro storia personale comportandosi secondo schemi familiari. Ci sembra impossibile ridurre tutto, come i discepoli di Rogers, ad una esperienza totalmente nuova che prescindenda da questa storia. L'adulto, dal canto suo, influenza il gruppo sulla base dei suoi atteggiamenti controtransferali: è in grado di passare da una giustizia egualitaria ad una giustizia distributiva, cioè assicurare a tutti momenti di sostegno o di recupero ed a ciascuno — non soltanto a coloro che vogliono monopolizzarlo — un ruolo personale nel gruppo, in rapporto a lui. Così facendo, l'adulto assume di volta in volta i tre ruoli della madre, quelli che Lidz qualifica come di nutrimento, strumentale e sessuale. A questi tre livelli il bambino può confrontare le sue esperienze anteriori — le sue immagini — con la realtà del momento. Infine, questo adulto indispensabile sa dosare la sua presenza e la sua assenza, evitando sia l'abbandono che l'intrusione. In tale prospettiva, ove l'educatrice rispetta progressivamente l'autonomia e perfino la solitudine del bambino, il gruppo rappresenta un mezzo privilegiato per l'evoluzione tramite identificazioni multiple (primarie, narcisistiche e infine edipiche). Inutile dire che al-

cune condizioni reali giocano un ruolo preciso nell'attivazione di quello che può venir chiamato il processo di gruppo: intendo parlare della natura delle attività proposte, della cornice architettonica, del numero molto limitato dei partecipanti (secondo la regola empirica che fa corrispondere il numero dei bambini nel gruppo alla loro età media) ed infine della presenza di adulti « sufficientemente sani ».

Bisogna andare oltre ad approfondire le proprietà terapeutiche di un gruppo di questo tipo nella sua fase genetica, con i suoi apporti transferali e contro-transferali permanenti. Ci sembra che si possa concepire *il gruppo come uno spazio intermedio*. Uno studio diretto del gruppo, da parte di un'osservatrice partecipe ci ha permesso di verificare che le attività alle quali noi assistiamo non hanno soltanto un significato utilitaristico o espressivo, che si limiterebbe a ripetere inutilmente le situazioni familiari. Constatiamo invece interazioni tra bambini, la cui funzione catartica e riparatrice è innegabile. Oltre a ciò, vere e proprie trasformazioni affettive sembrano operarsi progressivamente attraverso complessi movimenti di regressione e di progressione. Ne sono prova quelle sequenze nelle quali il gruppo integra progressivamente i soggetti più marginali mediante certe prese di coscienza (che il gruppo facilita con le sue percezioni speculari e le sue interpretazioni selvagge). La simultaneità delle comunicazioni a più livelli funzionali — specialmente la coesistenza del dialogo corporeo e verbale — consente ad ognuno, qualunque sia la sua modalità relazionale, di inserirsi in questi scambi. Nella

cornice allo stesso tempo rassicurante e flessibile che viene offerta ai bambini, si assiste quindi non soltanto ad un'esperienza emotiva più o meno correttiva, ma anche e soprattutto ad un processo di mutamento progressivo. Per spiegarlo non basta il concetto di « modellaggio reciproco » di Spitz o quello di spirale transazionale di Benedek, validi per i rapporti a due, bisogna ricorrere frequentemente al concetto d'identificazione così come è stato sviluppato da Freud; certamente non si tratta di un semplice adattamento all'ambiente (di una imitazione), ma bensì di una trasformazione, ove una rinuncia o perfino una perdita sono seguiti da un accrescimento o da un guadagno, come mostra chiaramente l'esempio dell'identificazione edipica.

Questo terreno intermedio, tra la realtà ed i fantasmi, tra due vissuti di tipo familiare diversi, è sottomesso alle *regole del gioco*. In altri termini, l'identificazione si concretizza e si elabora nell'attività ludica con i suoi cambiamenti di ruolo, con le sue regole che non potrebbero essere impunemente falsate (per esempio il mascheramento dell'aggressività in pseudo-mutualità) e la sua natura di illusione socialmente distribuita.

Il gioco, in bilico tra la progressione e la regressione, rinforza l'integrazione psichica e psicosomatica. Consente non soltanto di progredire tramite un apprendimento ove il piacere ha la sua parte, ma anche di prendere coscienza dei nostri limiti e di far cicatrizzare delle ferite, grazie ad un allontanamento della realtà distruttiva e grazie anche ad una riparazione simbolica nella quale le attività e

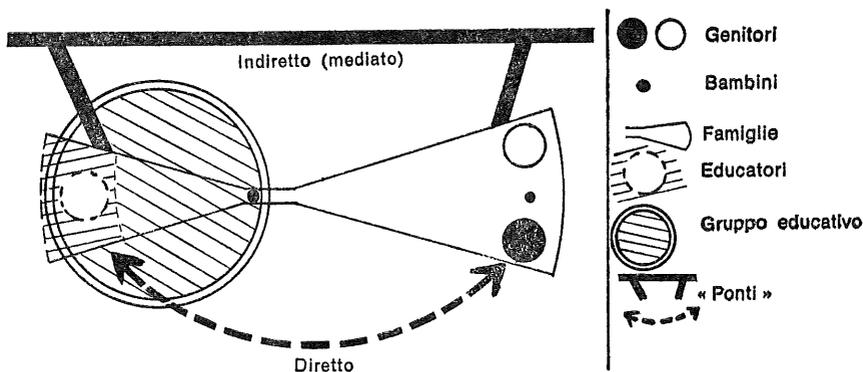
gli oggetti transizionali giocano un ruolo importante.

Fondamento del gruppo educativo, il gioco mette quindi in movimento il potenziale terapeutico dei protagonisti. Nell'istituzione il suo svolgimento dipende tuttavia molto da quanto avviene ai confini del gruppo, cioè in quelle zone limítrofe dove intervengono, con dinamiche proprie, da un lato il gruppo familiare e dall'altro quello degli adulti che lavorano nell'istituzione.

2. I LIMITI DEL GRUPPO OVVERO GLI ADULTI E L'ISTITUZIONE

Numerosi sono quei casi in cui il dinamismo proprio del gruppo educativo

non basta a mobilitare una struttura rigida di personalità e non impedisce l'emergere di uno scompenso. Si sa che queste limitazioni non dipendono soltanto dall'influenza precoce dell'ambiente familiare, ma anche dal genere di relazioni che si instaurano con i membri del personale istituzionale (per esempio una gerarchia troppo autoritaria). Si può pensare che nella maggioranza dei casi il gruppo educativo non abbia azione terapeutica se non si collega ai gruppi di adulti situati nella zona limítrofa o « ai confini » dei gruppi di bambini. Questo doppio intervento sui genitori e sul gruppo degli educatori deve essere concepito globalmente fin dall'inizio. Come dimostra la figura n. 2



le due parti significative — genitori ed educatori — vivono in una situazione di rivalità che implica un conflitto più o meno scoperto. Questo conflitto si evolve così: all'inizio del soggiorno si assiste a volte al rigetto dell'altra parte o, al contrario, ad una idealizzazione (non sempre reciproca); ecco perché la decisione d'ammissione deve essere ac-

curatamente elaborata dai due gruppi di adulti. In seguito, alcune famiglie instaurano un « transfert » psicotico verso l'istituzione, invadendola confusamente, altri genitori creano un'immagine narcisistica idealizzata che li comprende insieme all'Arc En Ciel, altre famiglie ci vivono in modo persecutorio e si sforzano di mantenere una distanza dal-

l'istituzione, altre infine sono capaci di stabilire con noi una relazione più ambivalente, che va di pari passo con un dialogo evolutivo tra noi e loro. Dal canto loro, gli educatori vivono in modo egualmente fantasmatico le famiglie, alle quali sono legati essenzialmente tramite i bambini-sintomo: vi saranno perciò genitori che respingono e genitori che attirano ecc. Si può notare che le due parti in causa non hanno affatto, reciprocamente, rapporti simmetrici. Gli educatori malgrado la intensità dei legami che stabiliscono con i bambini, si sforzano di separare la loro vita privata dall'ambito istituzionale e sono meno coinvolti narcisisticamente dei genitori nei rapporti con i bambini. Per gli uni si tratta di vita professionale, per gli altri di vita privata, anche se la differenza è ben lungi dall'essere assoluta.

Il bambino gioca un ruolo importante di messaggio, di *go-between*, tra i suoi parenti ed i suoi educatori; sottoposto all'influenza dell'istituzione, egli mette alla prova la modalità di difesa familiare. Non è il solo ponte tra i due gruppi aventi un ruolo parentale: la direttrice riceve regolarmente i genitori ed esercita una mediazione tra i due gruppi di adulti. Ai genitori ella può fornire elementi di realtà basati sulle reazioni del bambino nell'istituzione (cosa che riduce progressivamente i fantasmi); alle educatrici può trasmettere un'immagine più comprensiva dei genitori con i quali si identifica in parte (questo non le impedisce di costituire un valido modello per le educatrici). Nel suo compito di mediazione, la direttrice è assistita dal medico consulente, in modo tale che, in certe situazioni di crisi, vengono pre-

si in considerazione interventi più specifici. I rapporti con i genitori e con tutta la famiglia si svolgono quindi secondo modalità variabili: alcune sedute si ispirano alla psicoterapia familiare propriamente detta, altre invece tengono conto delle resistenze presenti nelle famiglie, che non funzionano tutte in modo psicotico. A ciò si aggiungono i contatti che i genitori conservano, se possibile, con l'istituzione ed i medici esterni che ci hanno inviato i bambini; com'è già stato detto, una tale formula evita un inglobamento troppo simbiotico della famiglia nell'istituzione. L'insieme di questi interventi nei confronti dei genitori costituisce, secondo il nostro punto di vista, la psicoterapia familiare. Parallelamente si tengono sedute di gruppo degli educatori in cui si trattano studi di casi (« sintesi ») oppure analisi delle dinamiche di gruppo (seminari detti « pedagogici »).

Sulla base di tutti questi interventi, ci sembra si possa parlare di una terapia istituzionale. Questa terapia deve essere considerata come articolata in tre momenti:

a) Contrariamente alla psicoanalisi classica, l'istituzione propone e dispone delle attività finalizzate, come nella vita di tutti i giorni. Essa è come uno strumento cui si possono applicare tecniche diverse, anche se una grande elasticità presiede il loro uso.

b) Vi sono dei ponti tra la famiglia e l'istituzione che non sono rappresentati da membri del gruppo educativo. Ciò implica che il bambino non deve sopportare continuamente, attraverso i suoi sintomi, tutta la patologia familiare.

Le educatrici, dal canto loro, mantengono contatti limitati con i genitori. Si è visto il ruolo fondamentale del direttore o della direttrice dell'istituzione in questo aspetto della mediazione. Grazie a tali condizioni, il gruppo educativo può restare uno spazio intermedio terapeutico.

c) Bisogna infine menzionare l'intervento dello psico-terapeuta (o del medico consulente) rivolto all'istituzione e non al singolo bambino, a parte casi eccezionali. Egli assume un ruolo di sostegno nei gruppi di adulti laddove i problemi dei bambini, delle famiglie e dell'istituzione sono elaborati, cioè messi in rapporto reciproco; più precisamente, il terapeuta contribuisce a mettere in relazione ciò che accade nel gruppo educativo con l'evoluzione della stessa istituzione (i suoi conflitti, le sue contraddizioni, ecc.) e le storie delle famiglie. In questa analisi è importante scoprire le ferite narcisistiche dei bambini, dei genitori e degli educatori che dovranno rinunciare tutti, in tempi diversi, all'illusione della perfezione e dell'onnipotenza. Questa rinuncia si dimostra indispensabile se si vuole limitare il masochismo dei nostri pazienti (che si concretizza nel rifiuto di apprendere ed anche nell'autolesionismo). Paradossalmente potranno essere allora registrati sensibili progressi nell'autonomizzazione, sia dei bambini che delle loro famiglie, con una migliore utilizzazione dei potenziali ancora intatti.

Questa pratica non viene esercitata senza un fondamento teorico. La realtà ci obbliga a riferirci spesso sia al modello psicoanalitico che a quello della psicoterapia familiare: nella cornice del-

l'istituzione, cioè del lavoro con i gruppi e con le famiglie, tali modelli non appaiono affatto contraddittori. L'opera di Winnicott alimenta costantemente le nostre riflessioni in tal senso. A ciò si aggiunge la necessità di approfondimenti e valutazioni continue del nostro lavoro secondo linee di ricerca centrate sul funzionamento del gruppo e sulla catamnesi dei casi.

Senza dubbio questo intervento pedagogico-terapeutico non si applica a tutti i casi con eguale validità. Noi ci sentiamo spesso impotenti di fronte a famiglie poco motivate, sia che si tratti di ambienti socio-culturali molto diversi dal nostro, che di gruppi familiari a funzionamento profondamente e duramente psicotico, o ancora di strutture caratteriali troppo irrigidite: in questi casi l'istituzione, in qualche modo, manifesta la sua impotenza e non si intravedono sbocchi verso la guarigione (quando per esempio si verifica un rifiuto del caso). È possibile che in avvenire un ricorso più radicale alla psicoterapia familiare ci permetterà di superare questi « *impasses* ».

Un'unità di giorno come la nostra corre il rischio di imprigionarsi nella sua ideologia, di costituire una famiglia patologica isolata e isolante. Dobbiamo lottare senza tregua per conservare una posizione che potremmo chiamare marginale (se il termine non fosse degradante), che sia contemporaneamente fuori e dentro la società. Per fortuna, la qualità delle giovani educatrici e degli altri collaboratori della casa ci stimola nell'autocritica e fa dell'istituzione un'entità vivente ed evolutiva, inserita nel mondo di oggi.

UNA ISTITUZIONE DI PEDAGOGIA CURATIVA: LA PALLANTERIE

B. GAGO *

S. MORAND **

C. SCHAEFER ***

Presentazione

Il settore di pedagogia curativa del S.M.P.¹ si compone di tre giardini d'infanzia e di due esternati, uno dei quali è la Pallanterie. La ripartizione dei bambini nelle diverse case viene fatta secondo criteri di età o di domicilio.

La Pallanterie è situata a 10 km da Ginevra e riceve ragazzi dagli 8 ai 15 anni, appartenenti a famiglie disagiate. Questi bambini ci arrivano da giardini d'infanzia del S.M.P., dall'ospedale di giorno « Clairival », da altri settori del S.M.P. (classi speciali), dalla Clinica Pediatrica (handicappati motori) o dalla medicina privata. L'istituzione può accogliere da un minimo di trenta ragazzi ad un massimo di 48; attualmente l'effettivo è di trenta, ripartiti in 6 gruppi.

L'équipe pedagogica è costituita da una direttrice e da nove insegnanti col-

legati alla Pubblica Istruzione tramite un'ispettrice di insegnamento speciale la quale copre sia il ruolo amministrativo che quello pedagogico.

L'équipe medico-psicologica si compone di uno psichiatra (6 ore la settimana), una psicologa (tre giorni la settimana), una logopedista (mezza giornata la settimana), una psicomotricista (2 giorni e mezzo la settimana) ed un'assistente sociale (un giorno e mezzo la settimana).

Funzionamento

La presa in cura prevede da 9 a 17 ore giornaliera, dal lunedì al sabato: i ragazzi giungono all'istituzione per mezzo di un minibus. Essi vengono guidati da due insegnanti, che si dividono la giornata. Quest'ultima si avvicina, dal punto di vista orario, a quella normale; il contenuto tuttavia è differente: infatti il lavoro può essere molto diverso da un gruppo all'altro e perfino all'interno di un gruppo, sia dal punto di vista scolastico che dal punto di vista più importante dell'intervento medico-pedagogico ed educativo (cure, *ateliers*, gite, corse, soggiorni all'estero) che tiene in massimo conto le particolarità di ogni bambino. I gruppi non sono chiusi, quindi i bambini possono trascorrere alcuni momenti in un altro gruppo.

I contatti con i genitori avvengono sia in gruppo, con l'insegnante incaricato o con l'assistente sociale (vi è sempre la possibilità che altri membri dell'équipe partecipino a questi contatti) sia individualmente con i diversi membri dell'équipe, presi singolarmente o collegialmente.

* Psichiatra consulente presso il Servizio Medico-Pedagogico (S.M.P.).

** Psicologa presso il S.M.P.

*** Ispettrice dell'insegnamento speciale presso il S.M.P.

*** Ispettrice dell'insegnamento speciale presso

Ragazzi

Attualmente, la nostra popolazione si compone, per circa 1/3, di ragazzi psicotici che vanno dall'autismo precoce alla psicosi deficitaria e di 2/3 di handicappati mentali leggeri e medi², educabili in gruppo e più o meno inseribili in un sistema scolastico.

I ragazzi psicotici sono seguiti sia all'esterno (nell'ambito del S.M.P. ed in privato) che all'interno della casa (prese in cura individuali minime) specialmente nel gruppo sperimentale che abbiamo aperto lo scorso autunno.

Gli handicappati mentali leggeri, si cerca di raggrupparli secondo il loro livello mentale, tenendo conto dei rapporti che essi instaurano tra di loro e con gli adulti. A volte, può venire preso in considerazione un appoggio pedagogico individuale, come l'insegnamento della lettura, un appoggio psico-pedagogico per bambini che presentano certi blocchi.

All'età di 15 anni gli adolescenti lasciano la pedagogia curativa; si trovano allora di fronte a queste tre possibilità, per il periodo dai 15 ai 18 anni:

- quelli che presentano un debole livello di efficienza mentale e pratica con un'autonomia un po' limitata vanno a Claire Fontaine (*atelier* occupazionale);
- la maggior parte di essi segue una formazione prevalentemente pratica nei centri di integrazione professionale che li prepara ai «laboratori protetti»;
- per adolescenti situati ai limiti della

classe speciale, si può prendere in considerazione una formazione iniziale, che costituisca la preparazione ad un lavoro in ambiente non protetto.

Succede anche che dei ragazzi lascino la pedagogia curativa prima della fine dell'età scolare, per inserirsi in classi speciali e nella scuola all'aperto di «La Rippe» (S.M.P.).

La nostra esperienza

Dal punto di vista orario, vi è un diverso impegno di tempo tra insegnanti e membri dell'équipe medico-pedagogica; questi ultimi si dedicano all'istituzione a tempo parziale. Per questo una riunione settimanale di un'ora dell'intera équipe si rivela indispensabile, benché sia appena sufficiente.

In questa riunione si cerca di capire meglio la patologia dei ragazzi, di elaborare alcuni fenomeni di gruppo (classe, *atelier*, uscita), problemi generali relativi all'istituzione (rapporti insegnante/insegnante, insegnante/gruppo di ragazzi, istituzione/famiglia, ecc.); il tutto riferito ad un modello psico-dinamico.

Così facendo, anche se l'équipe medico-psicologica non ha sempre l'occasione di osservare i ragazzi con la frequenza desiderabile, può ciononostante conoscerli attraverso i vissuti degli insegnanti ed elaborare con loro alcune modificazioni di comportamento.

Avendo a che fare con una popolazione di ragazzi ritardati e psicotici, la nostra idea è stata quella di situarli in una dimensione individuale o di gruppo che tenga conto delle caratteristiche individuali; cioè da una parte creiamo dei

² Secondo la terminologia del O.M.S.

gruppi quanto più omogenei possibile, pure permettendo una certa apertura, e dall'altra organizzando delle attività non scolastiche, come laboratori di incisione, musico-terapia, falegnameria, maglia, tessitura, modellaggio e collage. Malgrado abbia predominato a lungo una concezione strettamente pedagogica, ci si sforza di fornir loro una dimensione terapeutica senza dimenticare l'aspetto scolastico.

Dal punto di vista terapeutico le prese in cura individuali sono limitate dal numero dei ragazzi. Noi intendiamo per presa in cura la psicoterapia individuale, la rieducazione psico-motoria, la rieducazione logopedica, ed i sostegni psico-pedagogici.

Per quanto riguarda la psicoterapia sono soltanto quattro i bambini in trattamento all'interno dell'istituzione e due quelli all'esterno.

Sette ragazzi sono sottoposti individualmente al trattamento per la rieducazione psico-motoria e quasi tutti gli altri sono trattati in piccoli gruppi che non superano il numero di cinque.

Dal settembre '75, una logopedista è entrata a far parte dell'équipe. Per il momento si limita a prendere contatto con le classi per conoscere i ragazzi; è probabile che il suo lavoro si collocherà più a livello dei gruppi o dei pedagogisti che ad un livello individuale.

Come complemento alle attività pedagogiche realizzate nelle classi si può prevedere un contributo psico-pedagogico per i ragazzi più difficili, inseribili o meno nel sistema scolastico.

Gli *ateliers* soddisfano una doppia necessità che è insieme sviluppo delle attitudini manuali e delle capacità creative;

mantenendo sempre un rapporto privilegiato con l'adulto, i ragazzi sono distribuiti in gruppi a seconda delle loro inclinazioni.

Nel tipo di organizzazione descritta ci siamo resi conto di non poter dare a certi ragazzi tutto ciò che era loro necessario. Il problema nasceva soprattutto per i ragazzi psicotici, che utilizzano poco o niente il loro linguaggio e che sono ancora molto rinchiusi in se stessi. È sempre esistita negli insegnanti l'esigenza di entrare in relazione comunicativa con loro, ma è stato difficile farlo in maniera continua e molte delle attività proposte si sono rivelate inadeguate.

È per questo motivo che abbiamo progettato di costituire per quest'anno scolastico un gruppo di piccole dimensioni composto di ragazzi psicotici gravi tutti provenienti da « Clairival ». Il gruppo è costituito da cinque ragazzi con diagnosi che vanno dall'autismo precoce alla psicosi deficitaria.

Gli insegnanti (un uomo e una donna) sono stati scelti sulla base dei loro interessi e della nostra valutazione della loro capacità di entrare in relazione con questo tipo di ragazzi.

L'inserimento dell'équipe medico-psicologica in questa classe si situa a tre livelli:

- a) presenza della psicologa per due mezze giornate settimanali nella classe;
- b) discussione tra psichiatra, psicologa e i due insegnanti, una volta per settimana;

c) riunione del gruppo di lavoro di lavoro

volte per trimestre con gli insegnanti, lo psichiatra e la psicologa.

Per quanto riguarda *le attività di questo gruppo*, ci si sforza di seguire fin dall'inizio la tendenza del bambino, anche se consiste nell'isolamento, pur progettando di consolidare il gruppo attraverso attività comuni. Queste attività, per il momento, non sono scolastiche: modellaggio, nuoto, musica, ginnastica,

psico-motricità, pittura, canto e attività libere, tutte tese ad offrire un certo inserimento ai bambini. Si tratta di una classe sperimentale che resta aperta, e si tratta inoltre di approfondire ciò che si può fare con questi ragazzi con la pedagogia curativa, centrandola soprattutto sulle relazioni con l'adulto e trascurando per il momento l'aspetto puramente scolastico.

UN APPROCCIO TERAPEUTICO PRECOCE ALLA PSICOSI INFANTILE: L'OSPEDALE DI «CLAIRIVAL»

J. MANZANO

1. INTRODUZIONE

Presentiamo qui una descrizione del funzionamento dell'ospedale di giorno di Clairival e alcune considerazioni sui fattori terapeutici che sembrano giocare un ruolo importante nella pratica quotidiana.

2. DESCRIZIONE

Popolazione

Tra 15 e 20 bambini con diagnosi di «psicosi infantile». L'età di ammissione varia da 1 anno e mezzo a 6 anni. A questo proposito siamo arrivati alla conclusione che la precocità del nostro intervento è un fattore essenziale e perciò diamo la precedenza ai bambini più piccoli. Recentemente, abbiamo capito inoltre che il nostro ambiente terapeutico è efficace anche per una categoria di bambini psicotici o *borderline*, depositati verso i 6 anni; questi ultimi resteranno in cura per un periodo più breve.

Personale

- 7 educatrici a tempo pieno (ivi comprese 2 istitutrici specializzate e 2 ergoterapeuti)
- 1 addetto alla cucina a tempo pieno
- 1 assistente sociale a tempo definito
- 1 psicomotricista a tempo definito
- 2 psicologi a tempo definito
- 1 psichiatra responsabile, più altri 2 a tempo definito.

Orario di funzionamento

I bambini si fermano a «Clairival» dalle 8,30 alle 15,30 (7 ore al giorno).

Il trasporto è assicurato da un autista e da un'accompagnatrice per mezzo di un minibus, con il quale i bambini vengono prelevati e riaccomagnati a casa.

Organizzazione

Ad ogni bambino viene assegnata un'educatrice detta «responsabile» ed uno spazio detto «la sua classe»; egli appartiene dunque ad un «gruppo». Questa organizzazione è molto flessibile: il bambino può lasciare «la sua classe» o «il suo gruppo» per raggiungere un'altra classe o un altro gruppo e può anche trascorrervi la maggior parte della giornata. Noi diamo una grande importanza al fatto che tutto il personale si senta responsabile di tutti i bambini, e ci sforziamo di trovare un equilibrio individualizzato tra le esigenze di una cornice strutturata e l'incoraggiamento al comportamento spontaneo.

Il gruppo dei «grandi» è impostato in modo più scolastico, al fine di preparare più direttamente i bambini alla dimissione.

ne. I bambini cambiano gruppo e attività a seconda della loro evoluzione e delle loro caratteristiche individuali. Al di fuori delle attività spontanee e proprie di ciascun gruppo, i bambini partecipano parimenti ad altri «gruppi di lavoro», specialmente al laboratorio di ergoterapia ed alle ore di musica e di piscina.

Organizzazione dell'équipe

(gruppi e sottogruppi)

L'intera équipe si riunisce 2 volte la settimana. Una riunione è dedicata all'esame dell'evoluzione e dei problemi presentati da un singolo bambino, l'altra è, in linea di massima, riservata a questioni riguardanti più in generale alla vita dell'équipe, che in tal modo si svolge da una parte come gruppo di discussione e dall'altra come attività didattica.

Alcuni *sottogruppi* centrati più specificatamente su ciascun bambino, si riuniscono nel corso della settimana; a questi partecipano tutti gli operatori che si occupano del bambino con funzioni diverse (psichiatra, psicologo, educatrice, assistente sociale ed ergoterapeuta). Nel corso di queste riunioni di «sottogruppi» discutiamo in dettaglio l'andamento quotidiano del bambino ed inoltre la strategia terapeutica a breve e a lungo termine.

I diversi ruoli

Tutto il personale, sia a tempo pieno che a tempo definito, si occupa dell'insieme dei bambini (compreso l'addetto alla cucina che partecipa a tutte le riunioni). L'intera équipe è informata e par-

tecipa allo stesso tempo alla formulazione delle strategie da adottare per ogni bambino. Parallelamente, così come abbiamo già detto, ogni bambino è seguito individualmente dal sottogruppo descritto in precedenza: medico e/o psicologo, educatrice, assistente sociale, ergoterapeuta.

3. I FATTORI TERAPEUTICI

Le « holding »

Abbiamo constatato che in genere nella nostra istituzione, i bambini autistici evolvono rapidamente verso un quadro clinico raffrontabile alla psicosi simbiotica di Mahler. Ed è proprio con i problemi offerti da questo tipo di bambini che il personale curante si confronta lungo tutto il corso del soggiorno. Tra gli aspetti dinamici e le vicissitudini «dell'individualizzazione» che essi presentano, noi troviamo una caratteristica clinica che ci appare molto importante, dato il suo valore pratico: il comportamento negativista o di opposizione nella relazione oggettuale.

Noi interpretiamo tale comportamento come frutto dell'angoscia di sottomettersi al desiderio dell'altro, dato che questa sottomissione rappresenta per il soggetto la perdita dell'identità, la disorganizzazione totale. Ne consegue una difesa da quella che può essere considerata l'angoscia primaria. (Questa sindrome potrebbe essere descritta anche nei termini Kleiniani di «paura della disorganizzazione da identificazione proiettiva massiccia» oppure, nella terminologia di Mahler, come «paura della perdita di confini del sé» per regressione alla fase simbiotica).

Questa paura « di obbedire » o « di sottomettersi » al desiderio dell'altro condiziona continuamente le relazioni del bambino con il mondo. Ed è proprio lo sbocco di questo conflitto ad essere decisivo per la sua evoluzione, e di conseguenza la sua ricomposizione rappresenta uno dei compiti del personale curante ed educativo. È quindi necessario identificare e comprendere le diverse forme che può assumere ed elaborare l'atteggiamento più adatto per ogni caso. Parliamo dell'atteggiamento più corretto perché pensiamo che il ragazzo psicotico sia sensibile soprattutto agli *atteggiamenti* e questo nel caso che resti in stretto contatto per un periodo abbastanza lungo. Per atteggiamento intendiamo qui l'insieme dei comportamenti di fronte al bambino, fondamentalmente non verbali, le cui radici sono essenzialmente inconscie. Non crediamo più che si aiutino questi ragazzi dando loro quello che ipoteticamente non hanno avuto, ma piuttosto sostenendoli « giusto quanto basta ». Per esempio, invece di voler a tutti i costi far camminare un ragazzo, è più utile sostenerlo ed andargli incontro quando decide egli stesso di provare; « fare con lui, ma non al suo posto », facendo insieme quello che Winnicott ha descritto con il termine di « *holding* » ed evitando l'intrusione tanto temuta da questi ragazzi (quello che Diaktine chiama « la manipolazione degli oggetti interni »).

Mi interessa molto precisare che questo atteggiamento non si acquista mediante « ricette », ma, per contro, lo si può favorire proprio contrastando le interferenze ideologiche, culturali e psico-

logiche che lo rendono più difficile sia a livello individuale che a quello di gruppo. Secondo noi, questa è la base del lavoro in équipe. Bisogna ottenere una atmosfera distesa, esente il più possibile da ogni costrizione conscia o inconscia. A questo fine noi teniamo le riunioni già descritte: quelle centrate sui casi, gruppi di discussione, ecc. Riteniamo che sia possibile modificare costantemente l'atteggiamento di fronte al bambino, proprio grazie all'avvicinarsi dei diversi operatori che si occupano dello stesso bambino ai diversi gradi.

Non bisogna dimenticare che il bambino psicotico « tende » verso un modello rigido di relazione (quello che sua madre è stata costretta ad adottare con lui). A causa di ciò noi attribuiamo molta importanza al fatto che sia presente del personale a tempo definito accanto al personale che lavora a tempo pieno; è necessario però che gli operatori a tempo definito restino il tempo necessario perché si possa stabilire una relazione costante con il bambino.

Il contatto tonico

Mantenendo l'atteggiamento generale, che abbiamo definito « holding », l'educatrice più vicina ai bambini autistici deve giungere ad avere con loro una relazione corporale sempre più intensa; questa relazione comincia dal tono muscolare. Si è constatato che, seguendo tale linea, si ottiene dal bambino una sensibilizzazione progressiva in direzione dell'apertura all'esterno. Questa sensibilizzazione segue una curva giornaliera che bisogna imparare a conoscere

per stabilire in quale momento il bambino manifesta dei segni di richiesta o di accettazione di questo contatto. Anche in tale caso è fondamentale mantenere l'atteggiamento che abbiamo descritto, senza il quale si rischia una erotizzazione manipolatoria con conseguenze molto negative.

L'apprendimento scolastico

Quando il bambino psicotico ha progredito e le funzioni del sé si sono sufficientemente sviluppate, acquista maggiore importanza la relazione verbale. È solo a questo punto che noi cominciamo ad utilizzare le tecniche pedagogiche, il bambino entra a far parte di un gruppo speciale: « la classe ».

È impossibile in questa sede annunciare dettagliatamente i differenti metodi che sono stati elaborati per il singolo bambino. (In via generale i nostri metodi corrispondono a quelli descritti da Goldfarb nella sua opera « A time to heal » Int. Univ. Press. N.Y., 1969), e da Furman e Katan in « The Therapeutic nursery school » Int. Univ. Press. 1969.

Ecco come una delle istitutrici, Mme Megevand, riassume molto brevemente questo aspetto:

1) Innanzitutto bisogna osservare il bambino ed entrare nel suo gioco, a tale fine occorre incoraggiarlo e manifestargli simpatia in modo da guadagnare la sua fiducia.

2) In seguito, tramite il gioco bisogna condurlo progressivamente ad accettare una certa disciplina: abitudine all'educazione, pulizia e ordine.

3) Per quanto riguarda le attività sco-

lastiche, è meglio aspettare che sia il bambino a proporle, e in tal caso assecondarlo. Se non propone nulla, suggerire una lezione di educazione sensoriale, per esempio sulla frutta (mele, pere, per cominciare perché non pericolose). Bisogna far partecipare tutti bambini alle lezioni, agli esami di scrittura, all'apprendimento dell'alfabeto.

Ogni bambino svolgerà i suoi esercizi prima alla lavagna e poi su fogli volanti. Non bisogna temere di ripetere questi esercizi tutti i giorni (come invece nel corso di esercizi di cultura fisica) per far sì che il bambino acquisti una certa sicurezza e sia capace in seguito di lavorare da solo.

Bisogna inoltre, ogni giorno, riservare dei momenti alle attività libere. Bisogna soprattutto portare a compimento, se possibile, ogni attività intrapresa con un bambino fin dalla sua entrata al Clairival. Noi miriamo all'integrazione in una classe normale o almeno differenziale, ad un alleviamento della sofferenza, ad una strutturazione che gli permetta di affrontare in seguito la vita quotidiana.

In pratica, i bambini che sono migliorati vengono inseriti nella scuola normale del paese vicino, a tempo parziale quando trascorrono il resto del tempo nel nostro istituto, e poi a tempo pieno. Ciò implica una stretta collaborazione da parte nostra con le istitutrici impegnate.

Nel caso in cui un'evoluzione meno favorevole impedisca l'inserimento nella classe normale, noi programiamo egualmente la dimissione del bambino in collaborazione con gli organi competenti

L'ergoterapia e la terapia psicomotoria (musica, piscina, ecc.)

Noi adoperiamo tutte queste tecniche particolari nei momenti in cui riteniamo siano adatte per l'evoluzione del bambino. Uno dei vantaggi di queste attività è che il bambino è integrato in gruppi diversi e con adulti diversi. Anche in questi casi il bambino non viene obbligato a nessun tipo di prestazione. D'altro canto bisogna considerare tutte queste tecniche anche dal punto di vista sperimentale; in effetti il nostro scopo sarebbe quello di individuare quali di queste tecniche sono utili e per quali ragioni.

Psicoterapia

Come abbiamo già detto, noi riteniamo che il bambino autistico di meno di 3 anni sia soprattutto sensibile all'atteggiamento della persona con la quale ha stabilito una relazione emotiva consistente e di lunga durata. È per questo che, malgrado i buoni risultati che noi sappiamo di poter ottenere mediante una psicoterapia analitica intensiva, noi crediamo più utile riservare tale trattamento ad una fase più inoltrata dell'evoluzione del bambino. Noi siamo abbastanza flessibili nell'applicazione di questi principi, e comunque, per ogni caso particolare, le decisioni vengono prese in équipe.

Al momento in cui si prevede come prossima la dimissione, si intraprende in certi casi una psicoterapia all'esterno dell'istituzione che poi prosegue per un certo periodo in modo da facilitare al bambino la sua nuova integrazione.

Intervento sull'ambiente familiare

Secondo la nostra esperienza non esiste un tipo specifico di genitori di bambini psicotici. Il solo denominatore comune di queste famiglie è di avere un bambino psicotico, il che implica essenzialmente un particolare tipo di relazione con lui. Gli aspetti specifici di queste relazioni che hanno potuto giocare un ruolo eziologico nel passato non ci interessano in questa sede, per contro noi stimiamo di importanza fondamentale la conoscenza dello stato attuale, e in particolare del rapporto madre-bambino. Per conoscerlo meglio e poter intervenire più efficacemente possibile noi adoperiamo diverse forme d'approccio.

A) Intervento al momento della crisi iniziale

Il nostro punto di partenza è che, per un meccanismo di adattamento reciproco, la famiglia ha costruito un equilibrio più o meno stabile. Il nostro intervento rappresenta necessariamente la rottura di questo equilibrio: una « crisi » nel senso di Lindemann e Kaplan. Abbiamo considerato, come fattori esterni, scatenanti queste crisi, due elementi:

- 1) la diagnosi psichiatrica di turbe psicotiche;
- 2) la proposta di separazione del bambino durante la giornata per il trattamento presso l'ospedale di giorno.

I due elementi ci sembrano agire congiuntamente. In realtà ambedue comportano una grave perdita di autostima (ferita narcisistica). Questa crisi possiede elementi comuni ad una qualunque si-

tuazione in cui viene diagnosticato al bambino un disturbo o una malattia organica grave, ma, nello stesso tempo, conserva delle caratteristiche specifiche collegate al tipo di disturbo. Innanzitutto le manifestazioni precoci della psicosi sono sintomi di « mancanza » (il bambino è molto « isolato », reagisce meno ecc.), e questi permettono più facilmente di negare l'anormalità. I genitori vivono spesso in tensione permanente con la realtà, utilizzando continuamente il meccanismo della negazione; il loro « leit-motiv » sarà quindi: « comunque, è tutto normale ».

Inoltre noi pensiamo che il tipo di relazione che la madre stabilisce con il suo bambino psicotico permane, si potrebbe dire, bloccato: i processi di presa di distanza e di individuazione, secondo i termini di Mahler, sono rallentate, ne risulta che il bambino è investito narcisisticamente in modo massiccio dalla madre, che lo considera come una parte del suo sé e quindi lo tratta come se fosse un neonato.

Queste due caratteristiche ci permettono di comprendere le reazioni delle madri e dei padri.

Clinicamente ci troviamo infatti di fronte a delle reazioni così articolate: la *negazione* della realtà che può arrivare fino all'estremo dei *sentimenti paranoidi* nei nostri confronti, *senso di colpa* e *reazione depressiva* violenta all'idea della separazione nello stesso tempo *sollevato*. Il compito psicologico che i genitori devono affrontare è quello di accettare la ferita narcisistica rappresentata dai disturbi del bambino e lavorare sul problema della separazione/individuazione. Ciò comporta tra l'altro l'abbandono

dei meccanismi di difesa dimostratisi poco adeguati e che non permettono la soluzione del problema psicologico offerto dal bambino psicotico e contemporaneamente la creazione di altri meccanismi che facilitino il miglioramento e l'adozione di soluzioni realistiche. L'adozione dei nuovi meccanismi comporta una destrutturazione transitoria.

Il nostro intervento comincia dal primo incontro con i genitori, anche prima che venga formulata una diagnosi. Ci sforziamo di conoscere la personalità dei genitori, in specie della madre, al fine di prevedere quale sarà la modalità con cui affronteranno la crisi. Dato che in generale la negazione della realtà non è mai completa (salvo casi eccezionali) noi non nascondiamo ai genitori la nostra opinione diagnostica e la nostra strategia di trattamento del loro bambino (evitando di utilizzare termini psichiatrici o ambigui).

È proprio in quel momento che nasce la crisi. Nella misura in cui, nel corso degli incontri, si è potuta stabilire un'alleanza terapeutica con i genitori, può svilupparsi una vera psicoterapia della crisi. Questa psicoterapia, in genere solo con la madre, ha lo scopo di aiutarla ad elaborare il meglio possibile i compiti psicologici che abbiamo appena descritto. Si sa che nella situazione di crisi la psicoterapia è facilitata da una maggiore disposizione ad accettare aiuto e che si instaura più facilmente un transfert positivo (base dell'alleanza terapeutica, con una migliore capacità di introspezione rispetto alla norma. Gli esiti di queste psicoterapie della crisi dipenderanno dalla personalità della madre: questa potrà essere sottomessa ad

un trattamento più lungo oppure ad altre forme di terapia familiare alle quali noi facciamo a volte ricorso.

Parallelamente, i nostri interventi terapeutici ci hanno permesso di intraprendere una ricerca attualmente in corso proprio sulla natura della crisi dei genitori di bambini psicotici.

Noi vogliamo verificare questa ipotesi e arricchire le nostre conoscenze sui compiti psicologici e sulle differenti modalità di affrontare la crisi, in modo da poter predire quali tipi di reazione sono associati ad un esito positivo e quali ad uno negativo. Noi cerchiamo inoltre di capire quale tipo di intervento sia il più

efficace ed economico. Approfittando di questa crisi inevitabile, vogliamo anche approfondire la nostra analisi della relazione madre-bambino psicotico o, se si vuole, bambino psicotico-madre.

B) Altre modalità di presa in cura

Queste sono tante, quante sono le famiglie e le diverse situazioni. Sono praticate dagli psichiatri, dagli psicologi e dall'assistente sociale, e comprendono psicoterapia della coppia con uno o due terapeuti, psicoterapia individuale delle madri ed interventi a domicilio.

DAILY

CENTRO DI SOCIOTERAPIA

Il Centro di Socioterapia « DAILY » di Genova è uno dei primi in Italia a funzionare secondo il modello operativo dell'Ospedale di Giorno, che, come è noto, consente un trattamento psicoterapeutico intensivo, lasciando al paziente ampia possibilità di scambio e di inserimento nell'ambiente al di fuori dell'istituzione.

Accanto alla psicoterapia classica, individuale e di gruppo, viene data particolare importanza a varie tecniche terapeutiche (come arte-terapia, musicoterapia, rieducazione psicomotoria ecc.) che hanno l'effetto di stimolare la creatività espressiva e di migliorare la coscienza del proprio corpo e la comprensione dell'ambiente circostante. Il tutto a continuo e stretto contatto con i membri dell'équipe curante e con particolare attenzione agli aspetti comunitari e relazionali. Questo schema terapeutico, per quanto utile in qualunque tipo di neurosi anche leggera, risulta avere la sua applicazione elettiva in forme psicotiche di media gravità, depressioni « atipiche » e « marginali », disturbi del carattere e del comportamento, nevrosi di varia entità, con compromissione della capacità sociale.

La frequenza è giornaliera e la durata del periodo intensivo della cura varia da 3 a 24 mesi, essendo previsti in seguito particolari « programmi », adatti alle esigenze lavorative, scolastiche e terapeutiche di ogni singolo paziente.

Le tariffe sono circa la metà di quelle praticate in ospedali e cliniche a tempo pieno di livello medio. Molte mutue, amministrazioni provinciali e comunali rimborsano ai pazienti gran parte della quota.

Per pazienti che provengono da fuori Genova si studiano da caso a caso sistemazioni in alberghi o pensionati, che hanno col Centro regolari rapporti di collaborazione.

Per informazioni telefonare a 010-43.73.51.

IL CENTRO LIOTARD

EQUIPE DEL CENTRO LIOTARD

Il lavoro di gruppo

Il gruppo del Centro Liotard è formato da 8 persone che lavorano a metà tempo. Quasi tutti i membri del gruppo hanno una preparazione di carattere sociale (assistente sociale, psicologo, animatore, educatore, ergoterapista, elettricista), tuttavia nel lavoro che svolgiamo non vi sono specializzazioni legate alla formazione o alla pratica professionale precedente.

Il gruppo si è costituito più di un anno fa per scelta reciproca dei suoi membri, in base ad una riflessione critica sul lavoro svolto dalle istituzioni psichiatriche e sociali, con riferimento all'esperienza passata del Centro Liotard e con la volontà di elaborare una pratica istituzionale diversa.

Un costante lavoro di gruppo è per noi molto importante in quanto permette di scambiare idee sul coordinamento del lavoro e di elaborare i nostri metodi. Cerchiamo di svolgere quanto più possibile un lavoro collettivo, sia a livello di primo incontro che in un'azione a lunga scadenza. In questo modo, coloro che con più regolarità frequentano il centro di solito non fanno riferimento ad una sola persona, ma stabiliscono rapporti differenziati con molti, se non con tutti, i membri del gruppo.

Bisogna d'altra parte sottolineare che non vi sono differenze gerarchiche al-

l'interno del gruppo. Ciò non significa che tra i membri del gruppo non esistano poteri e responsabilità: vuol dire però che i contrasti non si arrestano di fronte a rapporti gerarchici formali, ma si risolvono nel confronto sociale con l'esterno (le altre istituzioni, la scuola, il lavoro, la famiglia) e secondo il modo in cui ciascuno si impegna nel lavoro e nel gruppo.

In questa prospettiva, le riunioni dell'équipe divengono il momento di elaborazione del nostro metodo. Questo in funzione delle diverse opzioni di ciascuno — differenze che hanno potuto manifestarsi in differenti realizzazioni — in funzione del campo sociale ed anche, in parte, in funzione dei problemi che ci vengono posti dagli utenti del centro; problemi che troviamo sulla nostra strada e che spesso costituiscono un incentivo a proseguire.

Il nostro lavoro al Liotard

Quest'anno ci siamo preoccupati particolarmente di dare una risposta alle persone che esprimevano i seguenti problemi:

- Ricerca di lavoro (26,5 %)
- Problemi di tossicomania (16 %)
- Problemi di fuga (11 %)
- Persone che erano o erano già state psichiatrizzate (8 %)
- Ricerca d'alloggio (8 %)
- Il resto comprendeva problemi di natura medica, giuridica ed altri...

Sofferarsi sulla domanda specifica di una persona significa non cogliere, se non molto approssimativamente, la complessità della sua vita reale.

Per quanto riguarda il problema par-

tiolare della droga, bisogna osservare che il 16% frequenta il Centro per gravi problemi di tossicomania, ma che gli altri, nella maggioranza dei casi, hanno fatto occasionalmente uso di droga.

Di fronte a questa situazione, abbiamo giudicato importante non soffermarci sul sintomo droga per evitare di classificare le persone, e abbiamo scelto invece di privilegiare un lavoro, con drogati e non drogati, che partisse dal senso delle loro difficoltà.

Le persone che vengono al Centro ci rivolgono richieste che nascono dal loro essere « incastrati » nella realtà.

La loro difficoltà di essere nel reale è la rievocazione continua di ostacoli che hanno la loro origine a livello di rapporti interfamiliari, che si amplificano al livello dell'esperienza scolare e che si ripercuotono nel campo sociale in cui si ritrovano (stato professionale, familiare, ecc.).

La fuga nell'immaginario è tanto più intensa quando a livello di realtà non vi è più nulla di possibile (mancanza di lavoro, di denaro, di alloggio, procedimenti penali, fuga da un luogo che si sente soffocante).

1) Di fronte a questa realtà, in un primo tempo (i primi 3 mesi) abbiamo tentato di dare una risposta soprattutto nel quadro di un'accoglienza collettiva.

All'accoglienza si aggiungevano le funzioni di cura e ospitalità sia a partire da problemi specifici (fuga, droga, ecc.), sia a partire da una divisione in gruppi: gruppo del mercoledì che riuniva persone che in passato erano state psichiatrizzate; *bouffe* collettiva; rete di ospitalità presso privati, ecc...

I nostri tentativi di accoglienza divennero ben presto limitati, di fronte alla globalità delle richieste che vertevano su questioni vitali quali lavoro, nutrimento e necessità di un luogo in cui vivere.

Ci trovavamo sempre nella situazione di fornire informazioni, cercare lavoro, soldi e alloggio. I limiti di questo lavoro erano dovuti al fatto che, da una parte le soluzioni non esistevano se non molto difficilmente nella realtà, vista la situazione sociale attuale, e d'altra parte le modalità della sistemazione non permettevano di stabilire una relazione o delle soluzioni possibili per la loro difficoltà di essere.

2) Questi limiti ci hanno indotto ad avviare al Centro un'esperienza di ospitalità, a creare cioè un luogo che offrisse un rifugio immediato e permettesse di incontrarsi nella vita di tutti i giorni.

C'era pericolo che questa esperienza ci ingannasse illudendoci di trovare le soluzioni all'interno del Centro evitando un confronto con l'esterno.

Infatti tutte le esperienze che abbiamo vissuto al Centro acquisivano un senso nella misura in cui si inserivano in un processo di confronto con se stessi, con gli altri e con la realtà esterna.

Partendo di qui abbiamo seguito due direzioni intorno alle quali si è sviluppato il nostro intervento:

- da una parte l'ascolto della persona per ritrovare con lei un senso dove essa non trova che impotenza e non senso;
- d'altra parte la ricreazione di soluzioni concrete nella realtà. Si tratta di un duplice indirizzo che vuol ser-

vire da mediazione per ricostruire una vita possibile dove più niente sembra possibile.

Inoltre abbiamo sempre cercato di evitare il pericolo di evidenziare il sintomo e ci siamo sforzati di capire come funziona la rete dei rapporti in cui l'individuo si trova. A questo punto diventa importante costituire o ricreare delle reti, dei mezzi, dei luoghi dove il confronto permette la vita.

a) Per venire incontro ai problemi del lavoro e della disoccupazione è stato organizzato un collettivo di lavoro in collaborazione con un gruppo del CRAC. Il suo scopo è quello di farsi conoscere dagli eventuali datori di lavoro e fare una massiccia pubblicità. Il collettivo si organizza in maniera autogestita, sebbene vi sia un nucleo di base più particolarmente attivo. Esso si trova esposto alla seguente contraddizione:

- da una parte il rifiuto radicale del lavoro salariato, della organizzazione e delle norme di lavoro (orario, salario, integrazione nella vita quotidiana, competizione, corsa al guadagno);
- dall'altra parte la necessità di lavorare per vivere. In generale le offerte di lavoro che giungono al Centro sono lavori a breve scadenza, ma queste offerte non soddisfano assolutamente la grande richiesta. Attualmente ci sono un centinaio di persone iscritte al collettivo nell'attesa di trovare un modo per guadagnarsi da vivere. Alcuni di essi non hanno i requisiti per usufruire di un sussidio di disoccupazione o di altra assistenza finanziaria. La ricerca di lavoro avviene sempre nel quadro di una di-

sussione su come è vissuto il lavoro, la disoccupazione e le condizioni di vita in generale.

b) L'esperienza comunitaria che abbiamo vissuto al Centro per sei mesi è sfociata nella creazione di luoghi di vita all'esterno. I locali sono stati utilizzati da due gruppi di persone:

- un nucleo più o meno stabile, attivo nel collettivo, impegnato nella elaborazione di un progetto di un luogo di vita fuori dal Centro. Questo nucleo ha realizzato il progetto: infatti vive da alcuni mesi in due appartamenti dello stesso stabile. I membri vivono in un rapporto di ospitanti e ospitati;
- l'altro gruppo comprende tutti i giovani che sono venuti per periodi più brevi.

Bisogna precisare che i giovani che vengono da noi lo fanno di loro spontanea volontà, essendo venuti a conoscenza del Centro per sentito dire o tramite i loro amici:

- giovani marginali che si sono trovati ad ospitare delle persone che erano in quel momento psichiatrizzate o che lo erano già state;
- « *fixeurs* »: la loro presenza è ben presto divenuta dominante ed ha provocato seri conflitti che hanno portato al loro distacco dal Centro. Altri tossicomani che hanno trascorso dei periodi al Centro dopo questa esperienza erano troppo minoritari per rischiare di monopolizzare la vita del Centro;
- giovani (14-16 anni) in fuga dalle famiglie, ma soprattutto dalle istituzioni;

- diversi gruppi che si sono serviti del Liotard come centro di riunione;
- si verificò una fase in cui la concentrazione di persone era tale che l'attività del Centro ne risultò paralizzata non essendo più possibile alcun confronto.

Il metodo di confrontare le esperienze che si vivono all'interno del Centro ci ha permesso di abbozzare delle soluzioni concrete. Ma, cosa più importante, questo confronto è servito come antidoto al pericolo di soffermarci su dei sintomi particolari e quindi diventare un'istituzione segregata e settoriale e perciò perdere questa dimensione esplosiva verso l'esterno.

c) Gli stessi interrogativi ci hanno portato in contatto con parecchie persone che erano o erano già state psichiatrizzate e che hanno frequentato il Centro per tutto l'anno e più particolarmente durante i mesi estivi.

La nostra preoccupazione principale di non segregarci dagli altri ci faceva indagare su tutte le istituzioni psichiatriche in funzione. Da ciò consegue l'importanza di cercare di cogliere il senso di conflittualità, nel tentativo di ricreare una vita possibile.

Riflessioni

Perché si comprenda meglio il lavoro che svolgeremo, bisogna dare alcune spiegazioni sul nostro modo di procedere.

Le riflessioni che abbiamo elaborato preparando questo studio sono state per noi più una fonte di interrogativi da rivolgere agli operatori di altre istituzioni

che delle affermazioni stabilite una volta per tutte.

Il nostro intervento si è sviluppato:

- da una parte, ascoltando le persone, per stabilire una mediazione rispetto a tutto ciò che esse vivono come « bloccaggio » e difficoltà di essere in sé e nella realtà;
- dall'altra parte, cercando delle soluzioni concrete nella realtà.

Il tentativo che facciamo nel nostro lavoro è quello di non creare delle fratture *nella realtà dell'individuo* (come avviene spesso nella pratica delle istituzioni sociali e psichiatriche).

Noi non interveniamo soltanto a livello di socializzazione (lavoro, famiglia, alloggio, ecc...) e nemmeno soltanto a livello di sviluppo individuale. Col nostro lavoro cerchiamo di intervenire su tutti questi piani, mettendoli in relazione tra loro.

Questo ci pone degli interrogativi sulla nostra scelta:

- Ci troviamo quotidianamente di fronte ad una istanza che si esprime in modo drastico: *o più niente è possibile*, e questo è il risultato di una situazione di « bloccaggio » nella quale è preso l'individuo (mancanza di lavoro, di alloggio, di denaro, inaridimento del sistema istituzionale, impoverimento dei rapporti...) o di una situazione di rottura (furti, fughe, fughe dalla famiglia, dalle istituzioni, droga, manifestazione di comportamenti che richiedono un intervento psichiatrico, passività ecc.), *o tutto è possibile*, e ciò significa fuga nell'immaginario, sentimento di onnipotenza, an-

nullamento di parte della realtà, viaggi, progetti di vita irrealizzabili...

- L'arrivo di una persona a Liotard è determinato, nella maggioranza dei casi, da meccanismi di esclusione, di rigetto, o da istituzioni di reclusione (penitenziari e ospedali psichiatrici) o, ed ora sempre più frequentemente, da licenziamenti ed altre cause.
- Di fronte a questa realtà non ci proponiamo di *evidenziare il sintomo* per avviare un *processo di riadattamento* alla realtà sociale, né di favorire una *tendenza alla fuga nell'immaginario*. Il nostro scopo è quello di creare un'organizzazione articolata, che renda la vita possibile, attraverso varie

mediazioni che rispondono a bisogni vitali, quali il lavoro, un alloggio, una rete di rapporti, un luogo di riparo in città; ciò anche per evitare che la persona o il collettivo siano costante bersaglio della repressione o trattati socialmente come devianti o emarginati, e affinché si possa, con la persona o il collettivo, mettere in luce le cause reali di questa situazione sociale ed eventualmente agire su di esse.

- Lo stato sociale del deviante, del delinquente, del malato mentale, del drogato, tra breve e certamente del disoccupato, sarà forse prodotto degli istituti di reclusione, psichiatrici, di controllo sociale, di cui noi facciamo parte?

L'ESPERIENZA DELL'AUBIER PRESSO LA CLINICA PSICHIATRICA DI BEL-AIR

EQUIPE CURANTE DELL'AUBIER *

Nelle nostre riunioni di gruppo abbiamo cercato di definire l'esperienza dell'Aubier. Questo resoconto riassume alcune delle nostre conclusioni ed è diviso in due parti. La prima tratterà delle caratteristiche dell'Aubier, mentre la seconda tenderà di mettere in luce l'importanza di tale centro nell'ambito della Clinica Psichiatrica di Bel-Air.

Si tratta di un'unità che è stata creata nel giugno 1974 insieme ai nuovi edifici della clinica. È aperta dalle 8 alle 19, compresi i sabati, le domeniche ed i giorni di festa. Sul piano medico, l'équipe è composta da un assistente medico, mentre due caporeparto ed un primario partecipano ai nostri colloqui, ma non si occupano personalmente dei pazienti. Gli infermieri, attualmente in numero di sei (un'infermiera presta servizio a metà tempo), si ritrovano abitualmente a tre per volta, secondo la rotazione degli orari. Da notare che non vi è alcuna gerarchia tra gli infermieri.

Storicamente, l'idea che aveva portato alla creazione dell'Aubier discendeva dalla constatazione che un certo numero

di pazienti, che si ricoveravano in clinica a causa di acuti scompensi, avrebbero potuto beneficiare di un soggiorno più breve in un ospedale diurno.

Nella pratica ci siamo ben presto accorti che i termini di « Ospedale di giorno » e « Centro di ospedalizzazioni brevi », comunemente usati come sinonimi dell'Aubier, costituivano un problema ed erano a volte anche incompatibili. Pareva assurdo non accettare un paziente che avrebbe potuto approfittare del nostro servizio solo perché non poteva rientrare a casa la sera, mentre un padiglione della clinica avrebbe potuto accoglierlo per la notte.

La stessa obiezione riguardava la durata del soggiorno: perché rifiutare di ospitare un paziente dell'Aubier solo perché la cura si profilava di lunga durata?

Ci risolvemmo quindi ad accogliere pazienti in ospedale solo di giorno, mentre altri passavano la giornata all'Aubier e dormivano in uno dei padiglioni della clinica per tutto il tempo del loro soggiorno o per una parte di esso. Abbiamo avuto d'altra parte delle ospedalizzazioni brevi, da 1 a 12 giorni, che hanno interessato i due terzi dei pazienti ammessi all'Aubier, e poi delle ospedalizzazioni più lunghe, a volte di parecchi mesi (un terzo dei pazienti). Resta da delineare il profilo di coloro dei quali ci siamo occupati. Essi, sia detto innanzi tutto, non si differenziano assolutamente gli uni dagli altri per la struttura della personalità, né per il loro certificato d'accettazione, d'entrata volontaria o di internamento.

Dopo più di un anno di esperienza possiamo distinguere tre gruppi.

* Clinica Psichiatrica di Bel-Air, Ginevra. Dir.:

pensi acuti: stato di angoscia acuto e depressione reattiva. Il prototipo di questi è il conflitto sentimentale o familiare. In questi casi concentriamo l'azione terapeutica sull'esame del problema attuale. Mettiamo in atto misure di rassicurazione, un approccio psicoterapeutico catartico o a volte introspettivo, anche eventualmente, con la somministrazione di ansiolitici o con massaggi. Sfruttiamo al massimo la presenza di elementi esterni, mediante la formula dell'ospedale di giorno e promuovendo colloqui col coniuge o con la famiglia. Alcuni pazienti di questo gruppo, infatti, dormono alcune notti in clinica e terminano il loro soggiorno all'ospedale di giorno; altri tornano a dormire a casa fin dal primo giorno di cura. Questi pazienti ritornano dunque rapidamente al loro medico curante, psichiatra o medico generico, oppure sono indirizzati verso un trattamento di rilassamento; per alcuni di essi non vi è seguito di tipo medico.

In genere questa breve ospedalizzazione serve a diminuire i rischi della regressione, il timore della follia e della psichiatria e permette il superamento dello stato di crisi.

A proposito di questi pazienti ci siamo chiesti come mai i medici esterni non hanno indirizzato alcuni dei loro pazienti direttamente agli ospedali diurni della città. È una domanda che poniamo anche in questa sede.

Il secondo gruppo rispecchia in parte il primo: l'Aubier è servito a troncato l'ospedalizzazione ed il ricovero in reparto per alcuni pazienti di tipo abbandonico, « *habitués* » della clinica. Per questi, una cura molto attiva è senza

go soggiorno in clinica e le conseguenti difficoltà dovute alla perdita di autonomia, al mancato inserimento sociale ed alla troppo marcata dipendenza dalle istituzioni. In questo gruppo si rivelano particolarmente utili certe possibilità dell'Aubier, quali il rifiuto di dare ospedalizzazione completa e soddisfare domande regressive, la difficoltà per i pazienti di passare inosservati, la prevenzione ed il controllo delle manipolazioni, le frequenti riunioni di gruppo. « Deistituzionalizzazione » o lotta contro l'ospedalizzazione sono termini che usiamo volentieri per qualificare il nostro atteggiamento nei confronti di questo gruppo.

Il terzo gruppo comprende pazienti la cui patologia psichiatrica è molto più grave. Sono pazienti in maggioranza psicotici, o che presentano per lo meno una struttura psicotica. Il loro scompenso e la loro destrutturazione sono più profonde e li hanno portati ad una permanente incapacità di funzionamento. È spesso un altro reparto della Clinica che ce li propone e l'intervento dell'Aubier si delinea allora in base ad una delle loro caratteristiche comuni, e cioè il loro accentuato bisogno di relazione con i curanti.

Possiamo aggiungere, in seguito all'esperienza fatta, che essi non reagiscono al trattamento medico in modo del tutto soddisfacente. Il primo passo nei loro confronti, dopo aver valutato il loro stato psichico e lo stato attuale del loro funzionamento, consiste nel prendersi cura di loro in modo da ristrutturare progressivamente la loro personalità, permettendo loro di ritrovare un nuovo equilibrio ed una capacità di auto-

trà effettuare il reinserimento nell'ambiente esterno. Non deve quindi sorprendere il fatto che questo tipo di lavoro richieda parecchi mesi. In questa situazione, da una parte utilizziamo tutti i mezzi messi a disposizione dall'istituzione (padiglioni aperti o chiusi, caffè, club, socioterapia, salaspport, laboratori); dall'altra ci serviamo di caratteristiche proprie dell'Aubier quali il gruppo stabile, che permette la continuità di una terapia che si effettua generalmente in tre (una coppia di infermieri ed il medico), un controllo regolare dell'evoluzione e dei problemi posti nel quadro di discussioni di gruppo... come avviene in qualunque ospedale di giorno.

Segnaliamo ancora, per completare questa descrizione, il caso di alcuni adolescenti e preadolescenti. Essi non costituiscono in sé un gruppo propriamente detto, poiché le indicazioni dell'Aubier tengono conto dei tre gruppi citati sopra. Sono stati ospedalizzati a Bel-Air in stato di crisi e il nostro sforzo ha portato alla soluzione del loro attuale problema. Abbiamo tentato di proteggerli dal confronto con pazienti gravi, mettendoli contemporaneamente in stretto contatto con i medici curanti.

Proponiamo ora alla vostra osservazione la seconda parte di questo studio che tratta l'importanza e le caratteristiche dell'Aubier, inserite nel quadro istituzionale della Clinica Psichiatrica di Bel-Air.

La Clinica ha voluto sperimentare un Centro che facesse parte integrante della sua struttura, ma che fosse orientato verso l'esterno. Perché l'Aubier realizzasse questo scopo in modo migliore, sono state annettate delle modifiche or-

ganizzative in campo terapeutico, come pure nel trattamento dei pazienti.

La principale modifica dalla quale derivano tutte le altre, è l'introduzione del lavoro di gruppo. Il numero ridotto dei curanti e la loro stabilità permettono una stretta collaborazione e favoriscono lo scambio di informazioni. Gli incontri di gruppo quasi giornalieri tra il paziente, gli infermieri ed il medico, e le riunioni quotidiane in gruppo ristretto (medico-infermieri) mirano allo stesso scopo. Gli infermieri, abbandonando il loro ruolo di « esecutori », prendono parte molto più attivamente alla valutazione ed alla comprensione dei problemi dei pazienti e divengono a pieno titolo responsabili della cura del paziente per tutta la durata del soggiorno. Anche il ruolo del medico deve essere adattato e rivisto nel contesto del lavoro di gruppo.

Infatti infermieri e medico, tenuto conto del numero relativamente basso di pazienti, hanno talvolta la possibilità di svolgere un'azione terapeutica basata sulle relazioni interpersonali, siano queste a livello verbale o mediate da una somministrazione di farmaci, da un massaggio, da un oggetto fabbricato in officina, dall'occasione del pasto in comune, da uno spostamento fuori della clinica o dall'attività sportiva.

Sembra che accorciando le distanze tra l'équipe ed il paziente e rendendo i loro rapporti più flessibili, si favorisca il passaggio da un atteggiamento di osservazione del paziente ad un tentativo di comprensione del suo comportamento. Abbiamo constatato che in quest'ultimo caso era possibile usare una quantità minore di medicinali.

Per questo siamo inclini a pensare

che un centro come l'Aubier favorisca, all'interno della Clinica, l'applicazione e lo studio di una tecnica prossima alla psicoterapia breve, soprattutto per quanto concerne i pazienti dei primi due gruppi. Infatti con alcuni di essi abbiamo potuto stipulare dei veri e propri contatti terapeutici. Fin dal primo colloquio, confrontando le loro richieste e le nostre risposte terapeutiche, venivano enucleati degli scopi comuni, inoltre veniva fissata la durata del soggiorno ed il tipo di cura.

D'altra parte, ciascun membro del

gruppo terapeutico ha potuto arricchirsi a contatto con i pazienti, in particolare con quelli del terzo gruppo, vincendo in parte la paura della psicosi, nel tentativo di elaborare una tecnica terapeutica adatta ad essi.

Siamo coscienti della nostra tendenza a rilevare soprattutto gli aspetti positivi della nostra esperienza all'Aubier. In realtà, si tratta solo di un primo bilancio che ci stimola a proseguire queste ricerche, piuttosto che a trarne delle conclusioni definitive.

L'UNITÀ DI GIORNO COME MEZZO DI PREVENZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI

E. FIGUEIREDO *

M. SEGUIN **

P. DESTOUCHES **

S. POSSE **

INTRODUZIONE

Le unità di giorno hanno mostrato in questi ultimi 20 anni grandi possibilità di utilizzazione. Sono state utilizzate per casi psichiatrici generali, per il trattamento specifico di tossicomani (30, 40) ed alcoolisti (32), per la cura di bambini (57), di adolescenti (45), di adulti, ed anche per casi geriatrici (21, 44, 68). I rapporti delle unità di giorno con le altre unità psichiatriche e mediche sono anch'essi estremamente vari (9): legati ad un settore, all'ospedale in generale (34), all'ospedale psichiatrico (43), ad un servizio ambulatoriale, autonomi ma integrati in un dipartimento para-medico (65), o completamente autonomi. Anche i tipi di trattamento, suscettibili di utilizzazione nelle unità di giorno, sono

molto vari: dall'addestramento professionale (24, 50), fino ai diversi trattamenti medici, quali la farmacoterapia, l'elettroshock (49, 60, 64), l'insulinoterapia (27, 28), le cure del sonno (27, 28), i diversi trattamenti somatici, i vari tipi di psicoterapia individuale, di gruppo (1, 15, 16) o di famiglia (54, 71) e la ludoterapia. La straordinaria vitalità delle unità di giorno accresce di anno in anno con l'aggiunta di nuove possibilità di utilizzazione ed è dovuta ad alcune caratteristiche proprie (tavola 1) che contrastano spesso con l'ospedalizzazione a tempo pieno (42). Alcune *caratteristiche intrinseche* derivano direttamente dalla struttura delle unità di giorno. Per esempio, la cura si effettua soltanto durante il periodo diurno, il che permette ai pazienti di alternare il tempo passato nell'unità e quello passato all'esterno (63). Viene in questo modo tutelata buona parte dell'autonomia del paziente, il quale si presenterà all'équipe terapeutica come essere « consistente », che richiede un trattamento molto personalizzato; situazione questa che non si verifica negli ospedali a tempo pieno (47).

La presenza dell'esterno è qui maggiore rispetto alle ospedalizzazioni a tempo pieno. Questo contesto porta ad una conoscenza più approfondita dell'ambiente del malato (4, 61), permette una maggiore capacità di intervento e, se necessario, può facilitare l'uscita del paziente (18).

Tavola 1 - Caratteristiche delle unità di giorno paragonate alle unità di ospedalizzazione a tempo pieno

A) Intrinseche

1) Trattamento durante il giorno

* Primario della Clinica, responsabile del Centro di Trattamento di Giorno di Carouge, del Centro Psicosociale Universitario (CPSU).

** Infermieri del Centro di Trattamento di Giorno di Carouge del CPSU.

- 2) Riduzione delle spese
- 3) Maggior presenza dell'« esterno »
- 4) Maggiore autonomia del paziente
- 5) Timore meno pressante della follia
- 6) Minor paura delle istituzioni psichiatriche
- 7) Meno umiliazioni

B) Potenziali

- 1) Miglior qualità del lavoro di équipe
- 2) Facilità di utilizzazione delle psicoterapie non-direttive
- 3) Predominanza dei modelli di trattamento medico-psico-socioterapici

C) Circostanziali

- 1) Piccole dimensioni
- 2) Buona situazione geografica
- 3) Introduzione di nuove tecniche
- 4) ecc...

A quanto sembra in un'unità di giorno, rispetto ad una situazione di ospedalizzazione completa, si verifica una minor umiliazione del paziente, un timore meno pressante della follia sia nel paziente che tra i familiari perché sia l'uno che gli altri attenuano la loro paura delle istituzioni psichiatriche (58). Nelle stesse condizioni, i prezzi di ospedalizzazione nell'unità di giorno sono inferiori ai prezzi di ospedalizzazione a tempo pieno (8, 12, 17, 53, 59).

A queste caratteristiche intrinseche se ne aggiungono altre che sono *potenzialmente* conseguenti alle prime e che è compito del gruppo sviluppare. Così la consapevolezza di un rischio maggiore insito nel trattamento di giorno rispetto al trattamento a tempo pieno, obbliga in genere a un lavoro di gruppo più intenso e più strutturato; la necessità di collaborazione da parte del paziente favorisce anche l'utilizzo di psicoterapie non

direttive (14, 33); la scarsità di ordinamenti amministrativi (per esempio albergo) fa sì che i motivi terapeutici siano preponderanti sulle ragioni amministrative.

A queste caratteristiche intrinseche e potenziali si aggiungono dei fattori *circostanziali* favorevoli. Le unità di giorno che sono in funzione da circa una quarantina d'anni hanno beneficiato di tutta una recente critica alla tipologia ospedaliera riguardo alle dimensioni dell'istituzione, alla sua situazione geografica, al tipo di relazione curante-curato ed all'ambiente che lo circonda. Noi non ci dobbiamo stupire di riscontrare una progressiva espansione nell'utilizzazione delle unità di giorno.

IL RUOLO DEL CENTRO DI CAROUGE ALL'INTERNO DEL CENTRO PSICO-SOCIALE UNIVERSITARIO DI GINEVRA

Molti ricercatori trovano vantaggioso il lavoro integrato di diverse unità terapeutiche; spesso infatti il collegamento di un'unità di giorno con un ospedale generale serviva a disculpare il paziente e parallelamente a facilitare l'utilizzazione di servizi medici (27, 28).

Cameron, seguito in questa opinione da altri autori, trovava vantaggiosa l'integrazione di un ospedale di giorno con un ospedale psichiatrico in quanto questo incoraggiava l'équipe a prendersi cura in particolare di malati con tendenze suicide (61). Per lo stesso autore, nel 1947 (17), uno degli obiettivi degli ospedali di giorno era quello di organizzare il dopo-cura, che richiedeva una stretta

collaborazione con l'ospedale psichiatrico.

Solo ragioni psicologiche possono giustificare l'allontanamento geografico di un'unità di giorno da un ospedale psichiatrico (23). Queste ragioni non devono tuttavia impedire, ma al contrario favorire, una collaborazione tra le diverse unità di cura, che estenderebbe le possibilità di impegno terapeutico delle unità di giorno. Il collegamento con un ospedale di notte può diminuire il numero di ospedalizzazioni a tempo pieno (6) e la possibilità di coordinamento con altri servizi fa dell'unità di giorno uno strumento essenziale nel settore psichiatrico; essa è presente nel servizio di sanità mentale in Inghilterra, nel dispensario psichiatrico di zona in URSS ed in tutti i progetti di settorializzazione in Francia (14, 55). Nel servizio di sanità mentale di Worthing in Inghilterra nel 1957, Carce (20) ci descrive l'introduzione di un servizio extra-ospedaliero (unità di giorno, visite ambulatoriali, visite a domicilio). L'unificazione dei dispositivi di smistamento ha permesso, nei primi dieci mesi del 1957, in un ospedale il cui numero di ricoveri aveva tendenza ad aumentare ogni anno di circa il 4%.

Bernard P. (11), nel 1968, nelle sue riflessioni preliminari all'apertura di un ospedale di giorno del Servizio di Sanità Mentale del 6° Arrondissement di Parigi, afferma che non è auspicabile né concepibile la creazione di un'unità psichiatrica fuori da una prospettiva globale. Infatti, è partendo da una riflessione globale, che si è giunti al progetto di un centro di trattamento di giorno a Carouge, che trova la sua giustificazione

nel contesto delle unità psichiatriche che gli hanno dato vita.

Il Centro di Trattamento di giorno di Carouge è un'unità del Centro Psico-Sociale dell'Università di Ginevra, integrato a sua volta nel Dipartimento di Psichiatria della Facoltà di Medicina dell'Università di Ginevra. Il centro psichiatrico di giorno è sorto per rispondere ad alcuni problemi riscontrati nella precedente esperienza psichiatrica.

Le trasformazioni dell'ospedale psichiatrico (clinica psichiatrica di Bel-Air) ed il successivo sviluppo di un importante servizio extra-ospedaliero di cui il prof. Ajuriaguerra ed il prof. Garrone sono stati rispettivamente i più importanti animatori, si rifanno ad un certo numero di principi generali che possiamo così definire (2, 3, 30, 40):

- a) la malattia mentale non è mai completamente irreversibile e l'obiettivo ultimo della psichiatria è aiutare il paziente a riprendere una vita normale, che non dipenda dalle istituzioni psichiatriche;
- b) gli obiettivi della psichiatria non sono quelli di un adattamento normativo, ma tendono a consentire ai malati di vivere liberamente tra gli altri uomini;
- c) il ricovero in clinica deve essere breve e deve permettere al paziente di vivere il più possibile nel mondo esterno;
- d) per raggiungere tali obiettivi, come per organizzare un dopo-cura, prevenire l'ospedalizzazione, permettere ad un certo numero di malati di vivere all'esterno dell'ospedale in un

ambiente socialmente facilitato, in situazione protetta (38, 50, 51, 52), è necessario creare un servizio extra-ospedaliero con molte unità di cura. Negli ultimi dieci anni il Centro Psico-Sociale è stato provvisto, per ciò che concerne la psichiatria degli adulti (quella di cui ora ci occupiamo), delle seguenti unità di cura (36, 37, 39, 40):

- 1) un servizio ambulatoriale per consulenza cura, sorveglianza e acsi urgenti;
- 2) *atelier* terapeutici di giorno (centro di riadattamento sociale);
- 3) pensioni e « *foyers* » protetti controllati dal CPSU;
- 4) il « club » Gaspard de la Rive;
- 5) un'« antenna » psichiatrica nell'ospedale generale;
- 6) un'unità di consultazione e trattamento di giorno per tossicomani;
- 7) un'unità semi-privata, specializzata nel trattamento degli alcoolisti.

È in questo contesto psichiatrico che, dal 1970, si creano nuovi ospedali di giorno ed è in queste diverse unità di cura che esse si devono articolare. Fin dalla sua comparsa, il Centro di Trattamento di giorno (nato dalla trasformazione di un *atelier* terapeutico) (13, 29), funziona in collaborazione col Centro Psico-Sociale Universitario di Ginevra. Questo complesso serve la popolazione della Repubblica ed il cantone di Ginevra (350.000 abitanti, di cui circa 200.000 residenti in città). In seguito, nel 1973, il CPSU si è suddiviso in tre settori geografici corrispondenti alle suddivisioni

della clinica psichiatrica di Bel-Air. Il centro di trattamento di giorno è stato collegato ad uno di questi settori.

La politica psichiatrica dello stato di Ginevra è orientata nel senso di trasformare l'ospedale psichiatrico in un luogo di passaggio, e di impennare sui servizi extra-ospedalieri un'organizzazione di cure continue (34). Per evitare le ospedalizzazioni, il servizio di vigilanza ed il centro d'urgenza dell'ospedale generale, appoggiato dall'« antenna » del CPSU nell'ospedale generale, avevano già fatto un lavoro importante. Ma per ridurre in modo soddisfacente le ospedalizzazioni venne prevista la creazione di unità di giorno affidate ad un'équipe terapeutica capace di offrire trattamenti medici intensivi; un'azione psico-terapeutica, socio-ergo-terapeutica, un lavoro a livello familiare ed un trattamento a domicilio (29, 35, 36). Il Centro di trattamento di giorno dovrebbe intervenire nelle situazioni di urgenza ed agire in tempi brevi (*optimum* tre mesi). Questi due postulati costitutivi dei centri di trattamento di giorno fungono da indicatori, criteri generali da seguire in modo flessibile, mai come norme rigide, amministrative, da soddisfare a qualunque costo.

La tavola 2 ci dà un'idea della provenienza dei 220 pazienti seguiti al centro di trattamento di giorno di Carouge durante gli anni 1972-73-74. I pazienti che ci sono stati proposti dai servizi complessivi del CPSU (82%) e da medici privati (10%) costituiscono il 92% del totale. Solo il 5% ci è stato inviato in dopo-cura dalla clinica psichiatrica di Bel-Air. Ricontriamo dunque, per quanto concerne la provenienza, la stessa

una provenienza ambulatoriale nettamente predominante. La funzione preventiva dell'ospedalizzazione a breve termine è riscontrabile nell'80% dei casi circa.

Tavola 2 - Provenienza dei pazienti

Ambulatori (CPSU)	47 %
« Antenna » nell'ospedale generale (CPSU)	19 %
Guardia (CPSU)	13 %
Medici privati	10 %
Clinica psichiatrica	5 %
Atelier terapeutici (CPSU)	3 %
Altre (direttamente ecc...)	3 %

Abbiamo anche approfondito il concetto di scopenso acuto e di trattamento di giorno sostitutivo di un ricovero a tempo pieno; l'ospedalizzazione a tempo pieno e gli scopensi erano presenti contemporaneamente nel 71% dei casi.

Riguardo alla durata della cura, il 70% dei pazienti è rimasto nell'unità di giorno per un periodo inferiore a tre mesi e abbiamo potuto evitare il ricovero in clinica per l'85% dei casi (tavola 3).

Tavola 3 - Invio dei pazienti all'uscita

Ambulatori (CPSU)	26 %
Medici del Centro di trattamento di giorno	23 %
Clinica psichiatrica	15 %
Non seguiti	15 %
Medici privati	9 %
Laboratori terapeutici	4 %
Altri (Ospedale generale, estero, mancanza di informazioni)	8 %

Possiamo concludere che il Centro di Trattamento di giorno ha conseguito gli obiettivi che si era prefisso riguardo ai 220 malati curati tra il 1971 ed il 1975:

1. la maggior parte dei ricoveri è ambulatoriale (95%);
2. la maggior parte delle dimissioni rimane ambulatoriale (85%);
3. la maggior parte dei pazienti ci è stata proposta per evitare l'ospedalizzazione (80%) e di questi il 71% era in stato di scopenso acuto o sub-acuto;
4. ci siamo occupati, nella maggioranza dei casi, dei malati per un periodo inferiore a tre mesi (70%).

La fiducia che ci è stata accordata e la nostra integrazione in un complesso extra-ospedaliero più vasto è stata la condizione necessaria che ha permesso al Centro di Trattamento di giorno di Carouge di raggiungere questi obiettivi.

La possibilità di utilizzare l'ospedale psichiatrico e la buona collaborazione con questi servizi ci ha permesso di assumerci alcuni rischi che non avremmo altrimenti potuto affrontare. Abbiamo utilizzato l'ospedale psichiatrico in certe situazioni sia come ospedale di notte, sia per ospedalizzazione a tempo pieno (in totale 33 casi, cioè il 15%) ed abbiamo ripreso circa un terzo di questi pazienti.

L'UTILIZZAZIONE DEL CENTRO DI TRATTAMENTO DI GIORNO DI CAROUGE IN RAPPORTO ALL'INSIEME DELLA POPOLAZIONE OSPEDALIZZATA DEL SETTORE DI COLLEGAMENTO

L'apparire delle unità di giorno ha sollevato immediatamente il problema di sapere fino a che punto esse potevano

occuparsi dei pazienti tradizionalmente ospedalizzati. Parecchi autori hanno sostenuto l'idea che esse avrebbero potuto, almeno in certi casi, sostituire le ospedalizzazioni a tempo pieno: Aron K.W. (5), Harris A. (46), Craft M. (22), Axel M. (7), Wiener P. (69).

Si svilupparono in questo senso due tipi di ricerca: l'uno che paragonava l'insieme dei pazienti curati nelle unità di giorno all'insieme dei ricoverati in ospedali psichiatrici, l'altro che studiava la percentuale dei malati che avevano potuto servirsi delle unità di giorno in rapporto ai pazienti per i quali tradizionalmente è richiesto l'ospedale psichiatrico.

Nel 1965, Linn L. ed altri (57) pubblicarono uno studio nel quale si paragonavano i 75 malati accettati per primi nell'ospedale di giorno di Mount Sinai a New York con malati ospedalizzati a tempo pieno. Ne risultarono due gruppi: l'uno formato in prevalenza da malati tendenti al suicidio, l'altro di adolescenti schizofrenici ospedalizzati a tempo pieno.

Altri studi evidenziarono delle differenze molto profonde tra i due gruppi considerati; tra gli altri l'articolo di Hogarty G.E. e altri (48) « Who goes there? » del 1968 costituisce un avvertimento importante. Egli paragona i pazienti curati all'ospedale di giorno di Baltimora con i malati ospedalizzati a tempo pieno. Le differenze sono sorprendenti per ciò che concerne gli schizofrenici. Il campione dell'ospedale diurno è ben diverso da quello dell'ospedale psichiatrico e gli elementi statistici suggeriscono che i criteri di ammissione e le referenze preliminari incoraggino un atteggiamento di selezione socio-economica e sintomatologica.

Hogarty fa dell'umorismo quando ci presenta il profilo del malato tipico dell'ospedale di giorno di Baltimora: donna bianca, sposata, universitaria, che convive col marito, impiegato di concetto...

In uno studio pubblicato nel 1971, Plutchick R. (62) riferendosi ai malati del Bronx State Hospital giunge alle stesse conclusioni. Ci sono differenze importanti tra i due gruppi, probabilmente in rapporto a variabili quali le classi sociali, gli schemi familiari, gli schemi nosologici dello psichiatra, e le sue aspettative.

In un altro senso, Erickson R.C. e Backus F.I. (26) nel 1973 ci hanno fatto partecipi delle opinioni degli psichiatri che lavorano all'ospedale psichiatrico di « Seattle Veterans Administration » negli U.S.A. Questi autori hanno constatato con stupore che le ospedalizzazioni di giorno erano considerate intermedie tra la visita ambulatoriale e l'ospedalizzazione a tempo pieno. Infatti le unità di giorno non sarebbero in grado di effettuare buona parte dei trattamenti tradizionalmente prestati nell'ospedale psichiatrico. Sarebbe questo uno degli aspetti più importanti del problema: i pregiudizi degli stessi operatori psichiatrici.

Questi studi non hanno il solo scopo di mostrarci una semplice realtà. Vogliono essere critici, denunciare delle abitudini, prevedere dei cambiamenti. Plutchick vuole denunciare esplicitamente gli atteggiamenti selettivi per poterli cambiare; Hogarty raccomanda una maggior collaborazione tra le diverse istituzioni soprattutto perché lo scopo dei programmi comunitari è quello di ridurre le ospedalizzazioni. Insiste affinché i servizi di ammissione e pre-ammissione

guardino con maggior attenzione alla possibilità di cura offerta degli ospedali di giorno. Erickson e Backus sottolineano l'importanza di un'informazione sistematica. Raccomandano una stretta collaborazione tra il personale degli ospedali di giorno con quello dei servizi di accettazione degli ospedali psichiatrici che possono contribuire con la loro esperienza alle decisioni di smistamento. Prospettano quindi dei cambiamenti a livello organizzativo, formativo ed informativo.

Altri hanno tentato di analizzare la percentuale di pazienti suscettibili di trattamento in unità di giorno al fine di sostituire completamente l'ospedale psichiatrico con l'unità di giorno, Cameron (18) nel 1950 prevedeva che almeno il 60% dei malati curati in clinica potessero entrare nelle unità di giorno. Epps R. ed altri (25) propongono un rapporto dal 50 al 75%. Nel 1949-51 Barnard R.E. ed altri (10) hanno constatato che 1/3 dei pazienti abitualmente curati alla Clinica Menninger sono stati seguiti presso l'ospedale di giorno. In Francia, nel settore psichiatrico della Verrière, Amiel R. ed altri (72) nel 1966, scoprirono che il 41% dei pazienti è curato in unità di giorno ed il 59% in clinica.

I due studi, di cui daremo brevemente le conclusioni, sono i più interessanti. Nel servizio di urgenza del Maudsley Hospital, Fox R. ed altri (31), durante i mesi di novembre e dicembre 1959 (273 casi), si è constatato che il 40% dei pazienti erano accettati all'ospedale di giorno, 40% inviati all'ambulatorio e 20% ospedalizzati perché troppo malati o privi di sostegno familiare. Nel 1964 Zwerling ed altri (70) ci mettono al cor-

rente della prima parte di una ricerca fatta al Centro Ospedaliero di Bronx: su 189 malati ammessi sistematicamente in sala accettazione, 2/3 dei pazienti furono presi in cura dall'ospedale di giorno, 1/3 ospedalizzati a tempo pieno.

Vediamo che nei servizi in cui la ricezione delle urgenze è centralizzata e in cui i malati o vengono inviati sistematicamente all'unità di giorno dove si fa lo smistamento, o sono selezionati in precedenza, ma con la ferma idea di evitare l'ospedalizzazione, arriviamo ad un rapporto di due malati nell'unità di giorno per un malato ospedalizzato.

Esamineremo ora la funzione del Centro di Trattamento di giorno per la prevenzione delle ospedalizzazioni nel settore geografico del Centro Psico-Sociale dell'Università in cui lavoriamo dal settembre 1973 (Settore Collegamento). Le nostre osservazioni si riferiscono agli ultimi 6 mesi del 1974 poiché in questo periodo abbiamo trovato gli elementi necessari. In questo periodo si ebbero 277 ospedalizzazioni in clinica e 25 all'unità di giorno. I certificati di ospedalizzazione vennero praticamente tutti prodotti da medici collegati al Centro Psico-Sociale o da medici privati. Poiché il criterio di settorializzazione geografica non era stato applicato in maniera rigorosa dai medici privati, non abbiamo potuto paragonare la percentuale dei pazienti ricoverati presso la Clinica o presso l'unità di giorno. L'utilizzazione del Centro di Trattamento di giorno di Carouge da parte di questo gruppo di medici è perciò inferiore a quella dei loro colleghi che lavorano al CPSU, ed una delle ragioni di ciò è che essi sono meno informati. Per quanto riguarda il CPSU, la distribuzio-

ne venne fatta nel modo seguente: 143 certificati di ospedalizzazione (89%) vennero firmati da medici del Centro (13 dei quali per pazienti che si erano presentati direttamente alla clinica) e 16 (11%) inviati all'unità di giorno.

Possiamo concludere che il Centro di Trattamento di giorno di Carouge ha una funzione molto limitata per la prevenzione delle ospedalizzazioni nel settore geografico di sua competenza; i dati sono molto inferiori alle cifre elevatissime segnalate nei lavori sull'argomento (due pazienti all'unità di giorno per un paziente in clinica).

Fattori estremamente complessi sembrano condizionare la diminuzione del numero di ospedalizzazioni psichiatriche in una data regione. Ne ricordiamo 6 tra quelle che consideriamo più importanti:

1. Fattori socio-culturali che vanno dall'atteggiamento soggettivo della gente in genere e dei differenti gruppi sociali nei confronti di chi viene considerato un caso psichiatrico, fino alla disponibilità sociale da parte di questi stessi gruppi di persone a farsene carico.
2. L'esistenza di una politica psichiatrica comunitaria globale che mira a farsi carico del problema.
3. L'esistenza di una legge « liberale » che regola le ospedalizzazioni psichiatriche.
4. L'esistenza di un efficace insieme di attrezzature diversificate e di quadri per la pratica psichiatrica ambulatoriale. In aggiunta alla bibliografia già citata e che si riferisce alla prevenzione delle ospedalizzazioni, voglia-

mo sottolineare l'importanza dei fattori di ordine organizzativo e di formazione dei terapeuti.

5. L'esistenza in un dato settore di dispositivi di urgenza che dovrebbero essere, sia per chi li propone che per chi li accoglie, centralizzati ed in intima collaborazione.
6. Una buona formazione dei responsabili di queste unità d'urgenza.

Di fronte alla complessità di questi fattori, rileviamo i problemi concernenti dispositivi d'urgenza e formazione.

Riferendoci alle diverse provenienze dei pazienti inviati al Centro di Trattamento di giorno di Carouge (tav. 1), pensiamo che vi siano alcune situazioni del tutto immodificabili, come il diritto dei diversi medici, siano essi del servizio ambulatoriale del CPSU o privati, di inviare a noi o di far ricoverare i pazienti che essi seguono.

Noi non reputiamo vantaggiosa, ma al contrario dannosa, ogni interferenza in un rapporto terapeutico stabilito. In questo caso, la prevenzione della ospedalizzazione si deve fare già all'ospedale per i pazienti che vi sono stati inviati.

Quando l'intervento dei medici è puntuale nei casi di urgenza, la situazione è diversa, come si riscontra negli interventi del servizio di guardia dell'Associazione dei Medici di Ginevra, del Servizio di Guardia del CPSU e nel servizio d'urgenza dell'« antenna » CPSU all'ospedale generale. Esaminiamo il servizio di guardia del CPSU in cui appaiono evidenti i problemi derivanti dall'organizzazione e dalla formazione.

Il CPSU assicura la guardia effettuata da un medico per la durata di 24 ore.

Alla fine dell'anno, il numero dei giorni di guardia (settimane e week-end) è più o meno lo stesso per ogni medico. Il medico effettua solamente il servizio di guardia. Le chiamate dei pazienti sono di solito d'urgenza. In quattro anni di funzionamento il servizio di guardia del CPSU ha totalizzato 4.738 interventi (dal 1° gennaio 1971 al 1° gennaio 1975).

Abbiamo esaminato: 1) le diverse attitudini degli assistenti nell'utilizzare la clinica psichiatrica; 2) le differenze nell'utilizzazione della Clinica psichiatrica in rapporto all'unità di giorno da parte di gruppi di assistenti con differente esperienza psichiatrica e in diversi momenti della giornata.

I medici che fanno servizio di guardia si trovano in situazioni analoghe. Basandoci su di un considerevole numero di interventi, possiamo dire che le differenze nella scelta terapeutica non dipendono che dal medico. Tra quaranta medici di guardia, che hanno effettuato da 52 a 187 interventi ciascuno, constatiamo che la scelta di ospedalizzare varia tra il 21 ed il 53% dei casi: e questa sembra una differenza rilevante (su dieci interventi ci sarebbero da due a cinque ospedalizzazioni).

Per studiare le differenze nell'utilizzazione dell'unità di giorno e della clinica, abbiamo provato a verificare se la chiusura dell'ospedale di giorno (durante la notte e per il week-end) ne causava difficoltà e discontinuità di utilizzazione. Abbiamo confrontato il numero di pazienti inviati all'unità di giorno, alla clinica

e altrove (ambulatori, trattamento terapeutico ecc.) durante le ore di attività dell'unità di giorno, durante la notte ed i week-end.

I dati riportati nella tavola 4¹ evidenziano differenze significative tra l'utilizzazione dell'unità di giorno da una parte e della clinica e l'insieme degli interventi di guardia dall'altra. L'unità di giorno sarebbe più utilizzata nelle ore d'apertura. Questa diversità si spiega facilmente: l'équipe dell'unità è in quel momento raggiungibile per eventuali proposte e può dare una risposta istituzionale rapida a situazioni urgenti.

D'altra parte, lo studio è orientato sulle diverse utilizzazioni che nelle ore di apertura dell'unità di giorno fanno dell'unità di giorno e della clinica due gruppi di medici che hanno una diversa formazione: medici del centro di trattamento di giorno e assistenti delle équipes ambulatoriali. Anche qui i valori riportati nella tavola 5 evidenziano una differenza significativa: i medici del centro di trattamento di giorno utilizzano questo centro più dei medici del servizio ambulatoriale. Anche questa diversità si spiega facilmente: gli assistenti che lavorano al Centro di Trattamento di giorno sono più facilmente a conoscenza delle possibilità terapeutiche di questa unità.

¹ Calcoli comunicati dalla Sig.na Brooke e dal Sig. W. Fisher, ai quali desideriamo esprimere il nostro ringraziamento, come pure al Sig. Christian per l'aiuto dato all'organizzazione dei dati.

Tavola 4 - Utilizzazione nel tempo, da parte del servizio di guardia, del Centro di Trattamento di giorno e della Clinica psichiatrica

	Clinica	Centro di giorno	Altri
Week-end, notte	993 (40,6 %)	27 (1,1 %)	1428 (58,3 %)
Settimana	73 (3,2 %)	858 (37,5 %)	1359 (59,3 %)

Il centro di giorno è più utilizzato, da parte del servizio di guardia, durante le ore di apertura.

$$\chi^2 = 27,6; \text{ D.L. } 2; p < 0,01; \frac{d}{\sigma} = 2,5$$

Tavola 5 - Utilizzazione del Centro di Trattamento di giorno e della Clinica da parte degli assistenti durante il servizio di guardia

	Clinica	Centro di giorno	Altri
Assistenti del centro di giorno	79 (31,7 %)	21 (8,4 %)	149 (59,8 %)
Assistenti delle équipes ambulatoriali	639 (38 %)	37 (2,2 %)	1002 (59,8 %)

Gli assistenti del Centro di giorno, durante il servizio di guardia, utilizzano di

più il centro di giorno che gli assistenti delle équipes ambulatoriali.

$$(\chi^2 = 30,3; \text{ D.L. } 2; p < 0,01; \frac{d}{\lambda} = 2,04)$$

DISCUSSIONE

Come abbiamo già accennato, il Centro di Trattamento di giorno di Carouge ha raggiunto gli obiettivi che si era proposto, tuttavia la nostra azione è stata nettamente insufficiente nell'utilizzare le misure di prevenzione del ricovero in clinica psichiatrica, nel nostro settore geografico. Il Centro di Trattamento di giorno di Carouge ha un numero di posti limitato (25), ma la totalità dei posti è stata raramente coperta, ed i rari rifiuti di accettazione, piuttosto eccezionali riguardavano casi che giudicavamo

non sufficientemente critici.

Abbiamo visto come tra i medici di guardia l'utilizzazione dell'ospedale a tempo pieno e dell'unità di giorno vari in funzione di problemi di comunicazione e di formazione e dei diversi atteggiamenti individuali. Questo fenomeno, rilevato dal servizio di guardia, si riscontra certamente nei servizi ambulatoriali, negli interventi dei medici dell'« antenna » psichiatrica presso l'ospedale generale, e presso i medici privati. Tuttavia non pensiamo che un'informazione più accurata sarebbe sufficiente a dimi-

nuire il numero di ricoveri in ospedale. Le informazioni generali, le discussioni fatte nel quadro delle presentazioni e le riunioni di lavoro ci sembrano ampiamente sufficienti; potremmo moltiplicarle all'infinito e la situazione non cambierebbe. Per raggiungere gli scopi prescelti pensiamo che sia necessario creare dei dispositivi capaci di utilizzare la formazione e l'informazione ad un livello di rendimento superiore.

Così ci pare che la creazione di un servizio in cui siano accentrati tutti gli interventi della guardia, le urgenze ed i ricoveri psichiatrici, possa portare alla diminuzione del numero di ricoveri in clinica. Bisognerebbe però che questo servizio funzionasse come centro di smistamento e di cura di brevissima durata (48 ore per esempio), altrimenti rinascerrebbero tutti i problemi della psichiatria ospedaliera.

L'équipe di base dovrebbe essere fissa ed il criterio di costituzione dovrebbe essere la qualità di formazione dei suoi

quadri. All'équipe di base verrebbero ad associarsi a turno, per un breve periodo, vari medici del CPSU. L'équipe potrebbe occuparsi della formazione di questi medici, ed il lavoro terapeutico non avrebbe a risentire della loro rotazione, data la breve durata dell'ospedalizzazione. Questo servizio di urgenza sarebbe in grado, a nostro avviso, di utilizzare più adeguatamente i diversi dispositivi psichiatrici ginevrini.

Questo centro faciliterebbe le decisioni e le comunicazioni tra le diverse unità, differenziando la scelta del trattamento e diminuirebbe le differenze di formazione, di criterio, di giudizio e di atteggiamento dei vari medici per il fatto che esisterebbe sul posto un'équipe fissa e formata con scopi ben precisi. Questa realizzazione implicherebbe un approfondimento della politica del settore di Ginevra in cui, alla collaborazione già esistente tra clinica ed ambiente ospedaliero, si aggiungerebbe un'unità di direzione o almeno alcuni dispositivi come quello che abbiamo esaminato sopra.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMCZUK J.: The type of leadership and the topics of discussion in a large open groupe: observations on community meetings. *Int. J. Soc. Psychiat.*, 18, 1, 53-60, 1972.
2. AJURIAGUERRA J.: Population psychiatrique et problèmes d'assistance psychiatrique. *Médecine et Hygiène*, 25, 889-914, 3-4, 1967.
3. AJURIAGUERRA J.: La psychiatrie dans la cité. *Feuille d'Avis Officielle*, 14-15, 1.12.1971.
4. AMIEL R., CHANOIT P.: Critères de fonctionnement en hospitalisation partielle. *Inform. Psychiat.*, 3, 267-270, 1968.
5. ARON K.W., SMITH S.: The Bristol Psychiatric Day Hospital. *J. Ment. Sci.*, 99, 564-571, 1953.

6. ASTRACHAN B.M., FLYNN H.R., GELLER J.D., HARVEY H.H.: Systems Approach to Day Hospitalization. *Arch. Gen. Psychiat.*, 22, 550-559, 1970.
7. AXEL M.: Treatment of Schizophrenia in a Day Hospital. *Int. J. Soc. Psychiat.*, 5, 174-181, 1959.
8. AZOULAY J.: L'Hôpital de jour du centre de santé mentale du XIII^e arrondissement. *Inform. Psychiat.* n° 7, 591-602, 1965.
9. AZOULAY J.: Les institutions extra-hospitalières dans le XIII^e arrondissement de Paris. L'hôpital de jour pour adultes. *Rev. Prat. Psych. Voe soc. Hyg. Ment.*, 1, 3-14, 1969.
10. BARNARD R.I., ROBINS L.L., TETZLAFF F.M.: Day Hospital as Extension of Psychiatric Treatment. *Bull. Menninger Clin.*, 16, 20, 50-56, 1952.
11. BERNARD P., BERTHERAT Y., MOURY R., MOHR W.: L'hôpital de jour en question. Réflexions préliminaires à l'ouverture de l'hôpital de jour du service de santé mentale du VI^e arrondissement. *Inform. Psychiat.*, 3, 223-228, 1968.
12. BIERER J.: The Malborough Experiment, in Bellak L. (ed) Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health. *Grune and Stratton*, New York and London, 1964.
13. BLEANDONU G.: « Création d'un Hôpital de Jour à Genève ». A propos des hôpitaux de jour. *Inf. Psychiatrique XI*, 1972.
14. BLEANDONU G., DESPINOY M.: Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté. *Payot*, Paris, 1974.
15. BOAG T.J.: Further Developments in the Day Hospital. *Amer. J. Psychiat.*, 116, 801-806, 1960.
16. BOAG T.J.: The Day Hospital as a Therapeutic Community in Denver H. (ed) Research Conference on Therapeutic Community. *Charles C. Thomas, Springfield III*, 163-176, 1960.
17. CAMERON D.E.: The Day Hospital: An Experimental Form of Hospitalization for Psychiatric Patients. *Modern. Hosp.*, 69, 60-62, 1947.
18. CAMERON D.E.: The Day Hospital: An approach for expanding Hospital facilities. *Mental Hospital*, 1950.
19. CAMERON D.E.: The Origin and Growth of the Day Hospital. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 12, 287-291, 1967.
20. CARSE J., PANTON N.E., WATT A.: A District Mental Health Service: The Worthing Experiment. *Lancet*, 4, 39-41, 1958.
21. COSIN L.Z.: Geriatric Day Hospital for Psychiatric Patients. *Med. World*, 87, 215-219, 1957.
22. CRAFT M.: Psychiatric Day Hospitals. *Amer. J. Psychiat.*, 116, 251-254, 1959.
23. DESPINOY M.: Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit. *Rev. Prat. Vie Soc. Hyg. Ment.*, 4, 185-204, 1963.
24. DESPINOY M.: L'expérience acquise dans un hôpital de jour de Marseille intégré dans une politique de secteur. *Inform. Psychiat.*, 6, 569-577, 1972.
25. EPPS R., HANES L.: Day care of Psychiatric Patients. *Charles C. Thomas, Spring Field III*, 1973.
26. ERICKSON R.C., BACUS F.I.: Symptom Severity and Day Hospital. *Admission Hosp. Commun. Psychiat.*, 2, 102-104, 1973.
27. FANON F.: L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Valeurs et limites. I. Introduction générale. *Tunisie Méd.*, 47, 689-712, 1959.

28. FANON F., GERONIMI C.: L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Valeurs et limites. II. Considérations doctrinales. *Tunisie Méd.*, 47, 713-732, 1959.
29. FIGUEIREDO E., ROUX N., GRABER C.: Un centre de traitement de jour au centre Psycho-Social Universitaire de Genève. De l'attente à la réalité. *Informations Psychiatriques, VSO*, 4, 377-384, 1974.
30. FIGUEIREDO E.: Dez anos do Centro Psicossocial Universitario de Genebra: a maturidade. *Jornal Do Medico*, 441-447, XI, 1974.
31. FOX R., RUTTER M., SMITH E.B.O.: Psychiatric Day Hospitals. *Lancet*, 1, 824-825, 1960.
32. FOX V., LOWE G.D.: Day Hospital Treatment of the Alcoholic Patient. *Quart. J. Stud. Alcohol*, 29, 634-641, 1968.
33. FRIED Y., BRULL F.: Intensive Psychotherapy for Acute Psychiatric Patients in a Day Hospital Setting in Israël: Theoretical Considerations. *Brit. J. Psychiat.*, 121, 635-639, 1972.
34. FUNDING T., MOGENS B.: Day Hospital Treatment of Psychiatric Patients in a General Hospital. *Acta Psychiat. Scand. suppl.*, 207, 173-177, 1969.
35. GARRONE G.: L'urgence et la prise en charge intensive dans le cadre d'une organisation psychiatrique en secteur. Protocole de la 146ème assemblée. *S.S.P. Malévoz-Monthey*, 19-20, 6, 1969.
36. GARRONE G.: Asistencia psiquiatrica extrahospitalaria. *Folia Neuropsychiatrica del Sur y Este de Espana*, VI, 3, 1-15, 1971.
37. GARRONE G.: Une expérience à l'étranger des services extrahospitaliers dans une organisation départementale de la psychiatrie. *Mosaïque*, N° 10, 31-40, 1971.
38. GARRONE G.: Réadaptation et travail protégé. *Médecine et Hygiène*, N° 1068, 1-4, 1973.
39. GARRONE G., TISSOT R., MEYER L.: Organisations psychiatriques hospitalières et extrahospitalières du Canton de Genève. *Feuille d'Avis Officielle*, 11-13, 1.12.1971.
40. GARRONE G.: Le dispositif psychiatrique Genevois à paraître.
41. GASQUERES E.A.: Aspects particuliers de la psychothérapie et de la sociothérapie à l'hôpital de jour. *Inform. Psychiat.*, 6, 515-518, 1965.
42. GENTIS R., BLANADET M. et P., SECHERESSE J.C.: A propos des hôpitaux de jour. *Inform. psychiat.*, 42, 473-484, 1966.
43. GENTIS R., KIPMAN-PLANCKAERT J., LAVAL G., LE CORRE R., SECHERESSE J.C.: Un hôpital de jour. Réflexions sur cinq années de pratique. *Inform. Psychiat.*, 3, 245-252, 1968.
44. GOLDSTEIN S., SEVRIUK J., GRAUER H.: The Establishment of a Psychogeriatric Day Hospital. *Canad. M. A.J.*, 98, 955-959, 1968.
45. HAIM A.: Les hôpitaux de jour pour enfants et adolescents. *Rev. prat. Psychol. Vie soc.*, N° 1, 3-18, 1964.
46. HARRIS A.: Day Hospitals and Night Hospitals in Psychiatry. *Lancet*, 1, 729-731, 1957.
47. HERZ M.I., ENDICOTT J., SPITZER R.L., MESNIKOFF A.: Day Versus Inpatient Hospitalization: A Controlled Study. *Amer.*, 1971.
48. HOGARTY G.E., DENNIS H., GUY W., GROSS G.M.: Who Goes There? A critical Evaluation of Admissions to a Psychiatric Day Hospital. *Amer. J. Psychiat.*, 124, 934-944, 1968.
49. HUERTA L.G., OMARAS R.A., ANDEREZ R., LAMAS H., IGLESIAS E.: Labor realizado en el hospital del Servicio de Psiquiatria del Hospital Docente « Cmdte M. Fajardo ». *Rev. Cub. Med.*, 7-8, 465-468, 1967.

50. JAEGGI F.: Milieu et traitement des psychoses. Travail de privat docent à la Faculté de Médecine de Genève. 1969.
51. JAEGGI F.: Psychiatrie sociale et situation abri. *Praxis*, 59, N° 28, 3-8, 1970.
52. JAEGGI F., BLEANDONU G.: Les centres socio-ergothérapeutiques à Genève. *Information Psychiatrique*, 47, N° 4, 1971.
53. KALMANS E.T.: Low Cost Individualized Treatment in a Day Center. *Commun. Psychiat.*, 12, 394-397, 1970.
54. LEFEBVRE G.: Réunions de groupe de parents en hôpital de jour. *Bull. Soc. Recherches Psychothérapeutiques de Langue Française*, VII, 2, 61-67, 1969.
55. LEYBERG J.T.: A District Psychiatric Service: the Bolton Pattern. *Lancet*, 2, 282-284, 1959.
56. LINN L., MEYERSON A.T., BERNSTEIN M.H.: Hospitalisation éleçtive à temps partiel. *Inform. Psychiat.*, 6, 483-499, 1965.
57. LUCAS G., TALAN I.: Les hôpitaux de jour en psychiatrie de l'enfant. *Editions ESF*, Paris, 1973.
58. LYSTAD M.H.: Day Hospital Care and Changing Family Attituded Toward the Mentally Ill. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 127, 145-152, 1958.
59. MC COFFREE K.M.: The Economic Basis for the Development of Community Mental Health Programs. *Medical Care Vol. VI*, 4, 286-299, 1968.
60. MENDES F.J., FONSECA A.F., CORTESAO E.L.: « Hospitais de dia » em Psiquiatria. *Jornal do Médico*, 34, 795-798, 1957.
61. MORRICE J.K.W.: A Days Hospital's Function in a Mental Health Service. *Brit. J. Psychiat.*, 122, 307-314, 1973.
62. PLUTCHIK R.: *Psychiat. Quart.*, 54/4, 509-517, 1971.
63. RICKELMAN B.: Some Problems of Day Hospitals in Community Care of the Mentally Ill. *Comm. Ment. Health J.*, 4, 225-233, 1968.
64. ROPER P.: Treatment of Psychiatric Emergencies on an Ambulant Basis in the Day Hospital. *Canad. Med. Ass. J.*, 86, 321-323, 1962.
65. SAINT-LAURENT C.: Quelques expériences en hôpital de jour. *Inform. Psychiat.*, 3, 229-242, 1968.
66. SILVERMAN M.: Community Attitudes to Psychiatric Day Care. *Int. J. Soc. Psychiat.*, 13, 67-70, 1967.
67. STEIMAN L.A., HUNT R.C.: Day Hospital Treatment of Acute Psychiatric Illness. In: J.H. Maserman (ed). *Current Psychiatric Therapies*, vol. 2, Grune and Stratton, New York, 196-199, 1962.
68. WHITEHEAD J.A.: A comprehensive psycho-geriatric service. *Lancet*, 2, 583-586, 1955.
69. WIENER D.: Problems and Directions for the Day Treatment. *Center Ment. Hyg.* (New York), 47, 411-417, 1963.
70. ZWELING I., WILDER J.F.: An Evaluation of the Applicability of the Day Hospital in Treatment of Acutaly Disturbed Patients. *Israël Ann. Psychiat.*, 2, 162-185, 1964.
71. ZWERLING I., MANDELSON M.: Initial family Reaction to Day Hospitalization. *Family Process*, 4, 50-63, 1965.

