

# Il lavoro di comunità è una sinecura o poco più di una semplice badanza

tratto da:

## “Luoghi comuni e comunità”

### convinzioni irrealistiche, miti, pregiudizi sul lavoro psichiatrico comunitario

di Giandomenico Montinari  
psichiatra – psicoterapeuta  
www.giandomenicomontinari.it

# 1

## “Il lavoro di comunità è una sinecura o poco più di una semplice badanza”

Questo è il più diffuso, il più grave e, direi, il più imperdonabile dei pregiudizi.

Niente di più sbagliato, ovviamente.

Nonostante l'apparenza, il lavoro di comunità è uno dei lavoro più complessi e più *attivi* che esistano, per la necessità di muoversi in un universo privo di punti di riferimento, in cui vigono stili relazionali, scale di valore e codici espressivi soggettivi, peculiari, scarsamente condivisibili e soprattutto mutevoli, in funzione delle oscillazioni del livello di funzionamento dell'io dei pazienti. Universo nel quale il significato delle cose deve essere conquistato volta per volta, senza la certezza che la chiave di lettura sia quella giusta, né che persista nel tempo.

In tale contesto bisogna concepire e perseguire obiettivi che nessuno chiede, nessuno (e meno che mai i diretti interessati, cioè i pazienti) aiuta a definire e nessuno *sembra* volere veramente.

Tutto *sembra* richiedere ai curanti una sola risposta operativa: non fare niente, non chiedere niente a nessuno e assecondare con amabile indulgenza l'innocua tranquillità degli ospiti.

E' possibile che in qualche rara occasione questa sia la risposta giusta, ammesso che l'operatore sia in grado di capire quando e come deve essere data.

Ma nella grande maggioranza dei casi la realtà dei pazienti *ci costringe* ad agire, pur con la consapevolezza che sia il lavoro, sia, soprattutto, il non-lavoro racchiudono dei pericoli altrettanto poco evidenti e mal definiti di quanto lo sono gli obiettivi della riabilitazione...

Vi sono cioè nodi che non appaiono a prima vista, ma che, se non individuati al più presto, si traducono in *problemi da risolvere*, molto visibili, concreti e tangibili, di cui nessuno - una volta che sono esplosi - riesce più a capire la natura, a ricostruire l'origine o a immaginare la soluzione. Se si vuole che i pazienti stiano abbastanza bene e comunque non mettano in atto operazioni distruttive, *si è costretti* a concepire dei progetti di riparazione/trasformazione di ampio respiro, destinati spesso ad essere disattesi e frustrati, ma indispensabili per evitare l'insorgere di agiti e di ulteriori spinte regressive.

Un esempio: in una piccola e tranquilla comunità di dieci ospiti, arriva un giorno un paziente di 38 anni, diplomato e, a suo tempo, già impiegato, diagnosticato come

Dott. Giandomenico Montinari  
info@giandomenicomontinari.it  
www.giandomenicomontinari.it  
tratto da “Luoghi comuni e comunità”

“Schizofrenia paranoide in personalità borderline”. Il paziente è stato ricoverato in OPG per piccoli reati cumulati e, avendo sempre tenuto un buon comportamento, viene mandato in comunità sotto forma di “Licenza esperimento”.

Al primo colloquio fa capire di non sapere bene perché si trova lì, ma di voler ottemperare alle richieste del Giudice e dei precedenti curanti, intenzionato a mostrare sempre e comunque una buona condotta (allo scopo dichiarato ed esplicito di tornare presto a casa). Il suo comportamento e il rispetto delle regole, infatti, sono sempre ineccepibili. Il fatto di trovarsi in un luogo di cura anziché in un carcere non viene da lui attribuito a malattia (del tutto negata), ma viene considerato un espediente architettato del suo avvocato per evitargli un’esperienza traumatica.

Viene trattato con qualche neurolettico e inserito nel gruppo, dove non ha niente altro da fare che mangiare, fare due passi nel cortile, riposare sul divano e, un’ora al giorno, andare al bar tutti assieme.

Il paziente sta bene e non fa trasparire niente dei suoi deliri persecutori, dei suoi sbalzi di umore, delle sue angosce nel rapporto con gli altri, della sua difficoltà nell’affrontare il mondo esterno.

Dopo un mese di permanenza, sotto la pressione dei precedenti curanti, preso atto della “buona condotta”, la Comunità, d’accordo col Giudice, lo avvia a una borsa di lavoro, con ampi spazi di libertà. Un giorno il paziente rientra più tardi del solito e nessuno se ne accorge. Alcuni giorni viene trovato al bar a bere alcolici e “perdonato”. La settimana dopo dà un pugno a un collega del supermercato dove era stato mandato a lavorare, con successiva rissa, intervento dei carabinieri, denuncia e probabilità di rientro in OPG.

Qual è il problema?

Una mancata comprensione del paziente, per insufficiente valutazione delle sue risorse effettive, per difetto di progettazione, per assenza di strumenti di verifica delle sue potenzialità, verifica prima interna alla struttura, poi, progressivamente, esterna.

Soluzioni da mettere in atto, ammesso che il paziente non debba rientrare subito in OPG:

**Soluzione debole:** rimetterlo nel gruppo a “pascolare” (come si suol dire) e abbandonare ogni velleità riabilitativa. Il paziente si tranquillizza e non disturba più nessuno, ma i problemi restano e quanto più sono ignorati e irrisolti, tanto più si annidano, in certa misura, nel paziente stesso, ma, molto di più, nell’ “inconscio istituzionale” e agiscono nascostamente.

Per esempio, contribuiscono ad alimentare nei curanti il sentimento che con questo paziente (*e anche con tutti gli altri*, si badi bene!) non c’è niente da fare, che bisogna lasciarlo nel suo brodo, come gli altri. Alla lunga, nel gruppo cresce e si conferma il sentimento di essere impotenti e di fare un lavoro inutile, con tutte le conseguenze che si possono facilmente immaginare, in termini di demotivazione ed esaurimento professionale.

Inoltre ciò diminuisce la capacità di elaborare questo e altri problemi e aumenta la negatività strisciante, finché non succede qualcosa di preoccupante e di incomprensibile o in un membro del gruppo di lavoro o nello stesso paziente o in un altro paziente...

**Soluzione adeguata:** lasciare “pascolare” per qualche mese il paziente, senza prospettargli nessuno sviluppo esterno, ma intanto fare colloqui medici e psicoterapeutici regolari; inserirlo gradualmente in una, due, tre, quattro attività terapeutico-riabilitative (sia che lui le accetti con entusiasmo, sia che le disconfermi come cose da bambini delle elementari). Dopo un po’ di tempo e dopo ripetute riunioni di valutazione, dargli piccoli compiti e responsabilità *interne* alla struttura; intanto incrementare, in tutte le situazioni e tutte le volte che se ne presenta l’opportunità, il lavoro di presa di coscienza, di rinforzo dell’adeguatezza relazionale e sociale.

A questo punto è passato quasi un anno. Se il paziente ha superato tutte le prove suddette, il gruppo curante, senza enfaticizzare la cosa, gli dà prima piccoli compiti esterni (andare a comprare il pane per la Comunità), poi compiti via via più impegnativi, purché sempre finalizzati alla Comunità e non a lui. Si tratterà solo di “gentilezze” estemporanee fatte ai curanti, oppure di compiti a rotazione che tutti fanno, allo scopo di “banalizzarne” la portata e non farli percepire come dei progressi individuali, ansiogeni.

Se tutto continuerà ad andare bene, se il livello di consapevolezza sarà arrivato a livelli ritenuti adeguati, se i deliri sembreranno sufficientemente sotto controllo e magari verranno in parte criticati, si potrà tentare un piccolo lavoro di volontariato, non pagato, per poche ore alla settimana, prima interno alla struttura, poi esterno, stando attentissimi a tutti i segnali di sovrastimolazione (ritardi insignificanti, piccoli comportamenti anomali, accenni a irrequietezza o depressione). Infine, dopo un anno e mezzo, due anni o più, si proverà - incrociando le dita - una borsa lavoro.

Come si vede siamo molto lontani dalla “badanza”, anche se capisco come un occhio inesperto possa facilmente interpretare l’apparente “non-far-fare-niente” dei curanti come inerzia e, al contrario, considerare “attività” un fare maldestro, ingenuo e intempestivo.

Quello, però, che vorrei ribadire è che il fatto di cercare di capire il paziente e poi abbozzare dei progetti non è un *optional*, dettato da scrupolo professionale o da accanimento riabilitativo, ma una necessità per i curanti, alla quale bisogna far fronte, pur sapendo di non poter contare su indicazioni attendibili da parte di chichessia: il paziente non chiede niente, anzi è infastidito da qualunque sforzo di attivazione nei suoi confronti; i famigliari chiedono cose che, pur essendo giuste nello spirito e nell’intenzione, sono, per un verso o per l’altro, poco pertinenti o irrealistiche. I Servizi invianti e l’apparato giudiziario chiedono solo di “riabilitarlo” alla svelta e dimmetterlo, oppure di tenerlo a vita.

Nessuna di tali richieste e nessuna di tali non-richieste può né deve essere soddisfatta.

Bisogna invece saper disegnare del tutto autonomamente (qualcuno dice “autisticamente”) un progetto terapeutico-riabilitativo contro tutto e contro tutti, muovendosi in quella che è la dimensione peculiare di questo lavoro, che si colloca tra il *non voler vedere* lo stato attuale del paziente e, per contro, *voler vedere* delle prospettive che, stando alla realtà dei fatti, sarebbero inesistenti, se non nella nostra testa.

E’ mancanza di realismo? è un pensare utopico? è uno schiaffo alla Psichiatria “*evidence based*”? Un po’, forse, ma funziona, perché, se abbiamo un po’ di fortuna, il paziente a lavorare ci va sul serio e ci resta!

La difficoltà principale di questo lavoro consiste proprio nel costruire un apparato (tecnico, relazionale, etico, ideale) capace di rendere il nostro fare (altrimenti mal distinguibile da un affaccendamento autistico) interattivo ed efficace, senza che da parte degli interlocutori vi sia - per lunghi periodi di tempo - una vera collaborazione in tal senso.

E si tratta di un passaggio obbligato, l’alternativa al quale è una sola e ineludibile: lasciare disgregare il gruppo di lavoro, per un verso e, per l’altro verso, restare in attesa di *acting out* incomprensibili e distruttivi da parte dei pazienti (e talvolta anche degli operatori!).

# LUOGHI COMUNI

E

# COMUNITA'

## Convinzioni irrealistiche, miti, pregiudizi sul lavoro psichiatrico comunitario

### INDICE

1. *“Il lavoro di comunità è una sinecura o poco più di una semplice badanza”*
2. *“I problemi clinici sono quelli che si vedono. Non esiste la “psicosi occulta”*
- 3.4.5. *“Il consenso e la collaborazione del paziente sono il punto di partenza del lavoro”. “Bisogna assecondare le richieste e le indicazioni del paziente”. “Il paziente non deve avere limitazioni e costrizioni, né restrizioni spaziali o riduzioni della sua decisionalità”*
6. *“La comunicazione col paziente psichiatrico è la base della terapia”*
7. *“I pazienti di comunità sono disabili e richiedono soprattutto assistenza”*
8. *“La protezione del paziente deve consistere in ampia tolleranza, maternage e rapporti carichi di affettività, senza veri confronti adulti con la realtà”*
9. *“Le attività riabilitative sono solo lo sfondo delle “vere” terapie, che sono quelle a carattere farmacologico e psicoterapeutico”*
- 10-11. *“La riunione di équipe ha funzioni decisionali”. “Il lavoro di équipe ha lo scopo di gestire emergenze e difficoltà”*
12. *“In comunità ciascuno deve operare nell’ambito della sua professionalità e del suo mansionario”*
- 13-14 *“Chi si ritiene indispensabile... è realmente indispensabile”. “La sensazione di impotenza che talvolta si prova è obiettiva”*
15. *“Gli operatori di base sono solo “assistenti” dei “veri” terapeuti, che sono altri”*
- 16-17. *“I familiari degli ospiti vanno tenuti il più possibile lontani dalla comunità”. “I familiari degli ospiti devono poter vedere il paziente tutte le volte che lo desiderano”*
- 18-19. *“Il non-far-niente dei pazienti è inerzia, passività, “cronicità”. “Il non-far-niente degli operatori è inerzia, indifferenza e scarsa professionalità”*
20. *“Una comunità, per funzionare bene, deve essere piccola”*
- 21-22. *“I pazienti di livello intellettuale medio o superiore non hanno bisogno di lavoro cognitivo”. “I pazienti psichiatrici hanno bisogno soprattutto di una profonda riabilitazione cognitiva”*
- 23-24 *“Il contenimento/contenzione guasta i rapporti con i pazienti acuti e li rende irreparabili”. “Il rapporto “uno a uno”, per pazienti acuti, è più contenitivo e più terapeutico rispetto al gruppo”*

25. *“La “continuità terapeutica” (“lavoro di rete”) o l’unicità della conduzione del caso (senza snodi e senza effettivi passaggi di mano con altri colleghi e con altre strutture) è da perseguire come priorità”*
26. *“La “guarigione” della schizofrenia è impossibile”*
27. *“Il miglioramento in comunità è un segnale di dimissibilità del paziente”*
28. *“Uno è meglio di due”*
- 29-30-31-32-33. *“L’Arteterapia e le terapie su base espressivo-artistica servono per aggirare le difficoltà di verbalizzazione dei pazienti”. L’atelier di pittura ha soprattutto una funzione di intrattenimento oppure finalità pratiche o decorative”. “L’Arteterapia serve a fornire materiale iconico sull’inconscio del paziente e l’arteterapeuta deve essere un osservatore neutrale simile allo psicoanalista”. “Il paziente deve soprattutto scoprire le sue doti artistiche, innate e inconsapevoli, e non deve imparare nuove tecniche o nuovi linguaggi”. “Per un paziente artista l’arte è la forma terapeutica di elezione”.*
34. *“Le terapie a mediazione corporea, con i pazienti di comunità, vanno evitate”*
35. *“La Terapia Psicomotoria (psicomotricità) è una ginnastica dolce con funzioni distensive e rilassanti”*
36. *“La stimolazione di un paziente psichiatrico consiste nell’attivarlo e fargli comunque fare delle cose”*
- 37-38. *“Il lavoro psicoterapeutico in comunità è fondamentale”. “Il lavoro psicoterapeutico non serve praticamente a niente”*
- 39-40. *“Gli psicologi, quando ci sono, non devono avere ruoli operativi nel gruppo”. “Gli psicologi devono essere intercambiabili con gli altri operatori”*
- 41-42. *“Il principale problema degli ospiti di una struttura per insufficienti mentali è... l’insufficienza mentale”. “Gli ospiti di una struttura per insufficienti mentali non hanno bisogno di trattamento psico-socioterapeutico”*
- 43-44. *Non è possibile l’obiettivazione di ciò che si fa in comunità”. “E’ possibile l’obiettivazione di ciò che si fa in comunità”*
- 45-46-47. *“In comunità il lavoro dello psichiatra, in quanto tale, è fondamentale”. “La diagnosi è importante ai fini di un buon percorso comunitario”. “Il responsabile della struttura deve coinvolgersi in prima persona nel rapporto con i pazienti”*
48. *“Per i pazienti psichiatrici è utile il c.d. operatore di riferimento o, meglio, una mini-équipe personale per ciascuno.*
- 49-50. *“In una comunità non c’è bisogno di supervisione di tipo psicodinamico”. “La formazione e la supervisione debbono avere caratteristiche psicoterapeutiche”*

---

## APPENDICE

- A. Psicosi occulta e psicosi indotta
- B. Il “Metodo Survey”
- C. La dimensione spaziale in Psichiatria
- D. Il modello teorico della terapia comunitaria
- E. Il ruolo dello psicologo nella terapia comunitaria
- F. Perché il corpo?