

## **“La comunicazione col paziente psichiatrico è la base della terapia”**

tratto da:

### **“Luoghi comuni e comunità”**

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

di Giandomenico Montinari  
psichiatra – psicoterapeuta  
[www.giandomenicomontinari.it](http://www.giandomenicomontinari.it)

## **6**

### ***“La comunicazione col paziente psichiatrico è la base della terapia”***

E' vero, ma l'affermazione diventa un luogo comune se non si capisce il significato del termine “comunicazione” per i pazienti psicotici e non si ha presente la particolarità del contesto che la rende possibile.

Per la comunicazione valgono tutte le considerazioni generali fatte nei punti 3-4-5 per il consenso e quindi soprattutto la constatazione che si tratta di qualcosa che un po' c'è e un po' non c'è e di qualcosa che va costruito.

Come?

La comunicazione è una forma superiore di funzionamento dell'io che implica la capacità di controllare il proprio mondo interno, codificarlo in forme espressivo-mimico-verbali adeguate e renderlo disponibile, a comando ed entro certi limiti, per soggetti esterni, che fanno altrettanto. Nonché, ovviamente, viceversa: decodificare le manifestazioni degli altri e confrontarle con proprio mondo interno.

E' inutile dire che il paziente psicotico medio-grave è molto lontano da questi livelli di funzionamento mentale: per lui la comunicazione è frammentaria, parziale e discontinua nel tempo, tendenzialmente unilaterale, imperfetta e

subordinata a condizioni contestuali variabili.

Oppure è totale, cioè senza limiti.

Peggiora in circostanze complesse, migliora in condizioni protette, cioè semplificate (v. punto 8), come avviene nei vari contesti terapeutici ambulatoriali e soprattutto in comunità.

La comunicazione infatti viene facilitata in ambiti particolarmente protetti, come per esempio in certe attività cognitive o psicomotorie di base, che richiedono al paziente (soprattutto se è dei più gravi) prestazioni elementari, reciprocamente scollegate, decontestualizzate, separate dai significati pertinenti (v. punto 21-22 e punto 35) e dalle emozioni che normalmente vi corrispondono.

Si verifica allora la condizione magica in cui il paziente, contemporaneamente, è in grado di svolgere la prestazione richiestagli, vuole farlo e lo fa in sintonia con l'operatore, tutte cose che di solito sono lontane dal suo modo di intendere i rapporti interpersonali e le prestazioni stesse.

A questo punto siamo autorizzati a dire che veramente il paziente comunica con noi e, tramite noi, col resto del mondo.

E siamo autorizzati a pensare che quel momento, puntiforme e magico, sia la base di partenza ideale di un suo possibile percorso riabilitativo, ma solo se avremo la capacità di incrementare (quantitativamente e qualitativamente) le circostanze che lo facilitano, e se sapremo poi togliere con la necessaria gradualità quelle impalcature protettive che, per il momento, sono le uniche a renderlo possibile. Tant'è vero che, appena fuori della stanza dell'attività, il paziente ricomincia a presentare le sue consuete bizzarrie, la sua chiusura, i suoi deliri.

Se invece intendiamo la comunicazione come una relazione preliminare, consapevole, forte e carica di affettività, quale base di partenza su cui fondare il nostro futuro lavoro... beh, stiamo perdendo tempo e ci prepariamo grosse frustrazioni!

# 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 famigliari degli ospiti vanno tenuti il più possibile lontani dalla comunità”. “I famigliari 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?