

“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

7

“I pazienti di comunità sono disabili e richiedono soprattutto assistenza

Si tratta di un pregiudizio molto pericoloso. Nel lavoro psichiatrico l’assistenza non dovrebbe avere spazio, se non in casi limitati e comunque essendo collocata in secondo piano e messa in atto senza troppa enfasi.

Il fatto di presentarsi come disabili (fisici o mentali) o come incapaci o come “malati” è una delle armi più spesso e più efficacemente impiegate dai pazienti psichiatrici per mascherare i loro veri problemi e, soprattutto, per frustrare gli sforzi riabilitativi dei curanti.

Una buona quota di “malafede” deve essere sempre presunta nel paziente, da parte di un operatore che voglia essere professionale nel suo lavoro, sulla base del principio che il paziente è sicuramente malato, ma la malattia di cui soffre *non è quella che fa vedere*: tra l’origine dei suoi problemi (sia essa fisica, ambientale, familiare o più probabilmente, come sappiamo, composita) e la loro manifestazione c’è sempre in mezzo un’elaborazione (di natura, diciamo così, psicodinamica) che distorce abilmente la forma delle cose, le maschera, le trasforma, come se volesse rendere difficile qualunque tentativo di intervento correttivo e di semplice comprensione.

La psicosi e soprattutto la “psicosi occulta” (v. APPENDICE-A) è una realtà altamente anomala consistente proprio nello sconnettere i vissuti e le rappresentazioni e soprattutto nello scorporare i significati dai significanti. Ogni manifestazione della psicosi è falsa e fuorviante,. Come un pianto non significa tristezza e una risata non significa allegria, così una dichiarazione di disabilità non significa disabilità e una richiesta di aiuto non significa necessità di aiuto.

Tutto significa *qualcos’altro* che bisogna cercare di capire, ricomponendo e ricostruendo il contesto in cui le parti e quindi l’elemento che stiamo osservando, si sono formate.

Non mi addentro ad approfondire questa tematica, troppo vasta, la cui gestione costituisce la ragion d’essere stessa della Psichiatria e della Psicoterapia. Dico solo che ciò che differenzia un operatore psichiatrico (di qualunque specializzazione) da un altro professionista è proprio la capacità di entrare e muoversi costruttivamente in tale sfasatura tra l’essere e il sembrare, tra il potere e il volere, tra ciò che si osserva e ciò che non si vede ancora o non si vede più...

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

Per capire cosa effettivamente vuole e può fare un paziente psichiatrico ci vogliono molti anni e, per convincere lui stesso della cosa, altrettanti. In tutto diciamo una quindicina, se si lavora bene (v. punto 26).

Le risposte ingenue sono di accettazione o di rifiuto globale. La risposta adeguata ricostruisce e ricontestualizza gli elementi.

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?