

I problemi clinico – gestionali sono quelli che si vedono. Non esiste la “psicosi occulta”

tratto da:

“Luoghi comuni e comunità”

convinzioni irrealistiche, miti, pregiudizi sul lavoro psichiatrico comunitario

di Giandomenico Montinari
psichiatra – psicoterapeuta
www.giandomenicomontinari.it

2

“I problemi clinico-gestionali sono quelli che si vedono. Non esiste la psicosi occulta”

Molti operatori, organizzatori e amministratori di servizi mostrano con i fatti di non credere alla “psicosi occulta”, né alla “psicosi indotta” (v. Appendice-A), mentre ci sono immersi fino al collo.

Per loro, appunto, i problemi sono quelli che si vedono: l’inerzia e la passività dei pazienti psichiatrici (il cui risvolto esplosivo viene visto solo quando si verifica, cioè troppo tardi e ormai irreparabilmente), la disabilità dei disabili fisici e intellettivi, le altre disabilità in quasi tutti gli altri campi dell’assistenza e della residenzialità.

Le soluzioni messe in atto sono quelle che si possono immaginare, cioè semplici e simmetriche ai problemi: l’inerzia richiede badanza e assistenza minimale (v. punto 1), le disabilità richiedono -se proprio si vuole -assistenza e riabilitazione settoriale (v. punto 41-42).

Queste risposte sono comprensibili e in linea con la filosofia della *Evidence Based Psychiatry*. Ma sono forme operative, come minimo, ingenue.

Il problema è quello della psicosi occulta, che c’è anche dietro la psi- cosi clinicamente conclamata e che intossica in maniera impercettibile il contesto, l’ambiente e le strutture di pensiero che determinano sintomi e comportamenti visibili.

Come un chirurgo oncologico non deve solo asportare il tumore, ma preoccuparsi dei linfonodi circostanti e, per molto tempo ancora, delle metastasi a distanza, così, in presenza della psicosi occulta, bisogna attivare modalità organizzative molto diverse, che diano un' *attenzione preventiva al contesto*, all'ambiente nel suo insieme, al gruppo di lavoro e a tutto ciò che circonda il sintomo visibile. Interventi che applichino quindi molti dei suggerimenti riportati in questo libro o altri equipollenti: responsabilizzazione di ciascuno ("non esistono esecutori", v. punto n. 15), capacità di "fare il due" (v. punto 29), attraverso la bitonalità di fondo (in tutte le sue forme: "fare e pensare", "singolo e gruppo", constatazione del presente e progettazione del futuro, ecc.), l'interruzione in vari modi delle situazioni patologiche (v. punti 13 e 14), continua preoccupazione di sciogliere ciò che è confuso e mettere in contatto ciò che è separato.

Essere attenti al contesto e al gruppo (punti deboli dell'impianto terapeutico e principali bersagli della psicosi indotta) vuol dire mettere in atto tutte quelle accortezze che possono difendere i curanti dall'induzione patologica e permettere loro di schivare o elaborare gli *input* patologici che ricevono.

Si badi bene che l'efficacia di questo approccio passa prevalentemente per il fatto che il paziente psicotico ne percepisce immediatamente l'esistenza e produce meno sintomi, perché sente di essere in buone mani: adeguatamente protetto (anzitutto da se stesso), affidato a chi dimostra di capire la sua situazione, concretamente aiutato a muoversi meglio nel mondo, non ha più bisogno di segnalare "a tutti" il suo malessere e di testare l'attitudine dei curanti, con la produzione di sintomi e comportamenti patologici.

Per contro, egli percepisce molto lucidamente (anche se non lo dice) quando e quanto i suoi curanti si lasciano fuorviare da certi comportamenti sintomatici, che lui *crea apposta* per saggiare la loro perspicacia, o si affaccendano dietro a questioni che lui sa benissimo essere irrilevanti. Insomma "prende loro le misure", come si suol dire e si comporta di conseguenza.

Il fatto che il paziente capisca subito e risponda positivamente è una conferma che ci stiamo muovendo sulla lunghezza d'onda giusta, quella al cui interno i problemi si creano e, se siamo fortunati, vengono risolti.

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?