

**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”**

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)

### **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”***

Ho riunito in un unico punto queste convinzioni, perché nascono dalla stessa matrice, buonista, “astensiva” (“pseudo-psicoanalitica”), *politically correct*, vagamente difensiva<sup>(1)</sup>, molto diffusa nella nostra cultura medico-assistenziale, ma sostanzialmente debole e molto lontana dalle esigenze e dai reali bisogni dei nostri pazienti.

È fin troppo facile dire che sono affermazioni non solo ingenue, ma proprio senza senso.

Per un paziente psicotico, la capacità di mentalizzare un programma terapeutico e di dare la propria collaborazione consensuale e consapevole, quando vengono ottenute, sono il risultato finale di un lavoro intenso, lungo e fortunato.

(1) vale a dire finalizzata più a tutelare il curante che a curare il paziente

Dott. Giandomenico Montinari  
[info@giandomenicomontinari.it](mailto:info@giandomenicomontinari.it)  
[www.giandomenicomontinari.it](http://www.giandomenicomontinari.it)  
tratto da “Luoghi comuni e comunità”

Quando questa attitudine si è instaura e consolidata in maniera stabile costituisce il segnale di dimissibilità del paziente.

Prima di quel momento non si può che operare in assenza di consenso, o meglio sulla base di una piattaforma consensuale costruita sulle intenzioni dei famigliari e di altri colleghi, sulle indicazioni dei Servizi invianti e sul consenso futuro presumibile del paziente stesso, che per il momento noi dobbiamo interpretare o addirittura solo intuire. È chiaro che ciò costituisce uno degli aspetti più difficili del nostro lavoro.

Non è propriamente facile lavorare attraverso una relazionalità virtuale o in via di formazione, che costituisce, a rigore, una condizione impossibile (perché una relazione che sia tale o c'è o non c'è!), una vera forzatura logica, un ossimoro, da cui discendono quei neologismi talora scherzosamente impiegati nel nostro campo, come “colloquiare” o “interagire”, intesi come verbi transitivi (cioè per es. “colloquiare un paziente” anziché “fare un colloquio con un paziente”), non dissimili però da quelli adottati dalla Chiesa con i termini “confessare” e “comunicare”<sup>(2)</sup>).

Detto in parole povere, tutto ciò significa che non possiamo mai aspettarci che il paziente, all'inizio e nel corso del trattamento, dia un assenso convinto a quello che gli chiediamo: sia il suo “sì” che il suo “no” saranno sempre risposte inficiate da cattiva comprensione, da intenti manipolativi, da adeguamento passivo e strumentale e, non raramente, da vere e proprie costruzioni deliranti ben camuffate.

Quindi, se il nostro bisogno di consenso è veramente tassativo, dobbiamo rinunciare a fare questo lavoro. Se invece vogliamo tentare sul serio di aiutare il paziente, dobbiamo entrare in una forma di operatività mentale diversa, consapevoli che consenso, relazionalità, collaborazione e comunicazione, se non sono proprio sistematicamente assenti, appaiono in maniera fluttuante e intermittente, si formano strada facendo, facilmente si disfano, per poi ricrearsi. Spesso sono comunque virtuali e vanno decifrati.

Saper operare all'interno di questo regime è la caratteristica peculiare del nostro lavoro.

Ne deriva che, in ogni momento, abbiamo la responsabilità di decidere noi quello che il paziente può/deve/vuole fare, cosa gli fa bene e cosa gli fa male, esattamente come avviene per i nostri figli piccoli.

*(2) È il fedele che “confessa” all'assemblea quelle che ritiene le sue colpe, ed è lui che si mette in comunione. Invece si parla di “essere confessati” ed “essere comunicati”.*

Possiamo sbagliare, s'intende, ma sbagliare *avendo deciso* è una colpa veniale, mentre non decidere per rispettare la "libertà" del paziente è, se non una colpa grave, una omissione importante, perché implica la mancata assunzione di un ruolo che professionalmente ci compete. Il paziente infatti, gravemente disturbato nei suoi processi volitivi, ha bisogno di un restringimento dei propri spazi decisionali, provvisoriamente sostituiti da quelli dell'operatore, così come deve utilizzare gli strumenti mentali dell'operatore per capire il mondo che lo circonda.

Si tratta di un compito - non richiesto! - al quale non possiamo sottrarci.

Ma soprattutto il non decidere comporta il mancato avvio di un processo terapeutico, le cui fasi preliminari consistono proprio, per il paziente, nel poter trovare un limite, un contenimento, una protezione, tutti concetti che implicano per lui l'esperienza dell'interruzione di una continuità trabordante, incontenibile e ansiogena.

Le emozioni confluenti e confuse, la percezione vacillante del mondo, la mancata comprensione del senso delle cose, l'isolamento e l'angoscia trovano un argine solo nel "NO" inequivocabile e perentorio del curante, diniego che è, contemporaneamente, una dichiarazione di forza e di disponibilità (= "io voglio e posso aiutarti"), nonché l'unica terapia possibile in quel momento.

E, se vogliamo, anche *l'unica forma di relazione* che il paziente, in quel momento e per lunghi periodi successivi, è in grado di recepire e mentalizzare.

Quindi, assenza di limite = assenza di relazione e assenza di progetti di cambiamento: la strada per la cronicizzazione è aperta e percorribile!

In considerazione di ciò, il paziente psichiatrico medio-grave:

- non deve essere libero di andare dove vuole, né di fare quello che vuole - può uscire dalla struttura solo quando e se viene deciso dai curanti e nel modo da loro indicato

- non può usare il telefonino e simili - deve rispettare rigorosamente tutte le norme di convivenza della struttura, gli orari e via di seguito - deve lavarsi spesso (*spontaneamente* e, se non ci riesce o non vuole, con l'aiuto affettuosamente *coercitivo* dell'operatore) - non può comportarsi in maniera bizzarra, minacciare, bestemmiare, aggredire - non deve disturbare gli altri - ecc., ecc.

È chiaro che, con questi atteggiamenti, entriamo in rotta di collisione, più che col paziente, con tutti i riti e gli stereotipi della cultura assistenziale vigente, che sempre più rischiano di inquinare, anzi di azzerare il nostro lavoro.

Non ultimo quello del rispetto della *privacy* e quello del consenso informato, sacrosanto in tutti gli altri ambiti medici e terapeutici, ma inapplicabile nel nostro campo, per semplice mancanza del soggetto da informare e da rendere consenziente, soggetto che, nonostante sia davanti a noi e ci stia parlando, si trova in realtà su un altro pianeta.

Quando, come è giustamente previsto, si informano i famigliari e/o i tutori e/o l'Autorità Giudiziaria (in caso di autori di reato), il Diritto e la forma sono salvi. La sostanza - dobbiamo saperlo - non lo è, perché noi in realtà stiamo compiendo tutta una serie di operazioni, che fuori del nostro contesto sarebbero delle violenze e delle prevaricazioni, ma non lo sono nel nostro, così come il taglio del bisturi di un chirurgo non è una coltellata, configurandosi anzi come precise e doverose operazioni terapeutiche.

Sono d'accordo che l'applicazione di tutto questo non è facile. Io ci ho messo molti anni a capirlo e altrettanti ad attuarlo veramente.

Dobbiamo però sapere che, sottrarci al nostro dovere di contenimento del paziente, oltre che essere deontologicamente ed eticamente disdicevole, comporta gravi conseguenze a distanza sul gruppo di lavoro, che, dedicandosi a escogitare strategie terapeutiche e bei progetti, centrati sul consenso e sulla consapevolezza di chi il consenso e la consapevolezza non è in grado di gestire, compie in realtà delle operazioni strutturalmente psicotiche, che lo rendono sempre più confuso, sempre più deresponsabilizzato e passivo...

Un circolo vizioso senza fine.

# 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?