

## L'orizzonte del mare... Un viaggio nelle buone e cattive prassi in psichiatria

Di Fabrizio Zanotti

Dopo la visione del film-documentario, rispondi alle domande:

1. Rifletti sul dispositivo di cura nei vecchi contesti manicomiali, indicando il trattamento del corpo del paziente, il soddisfacimento dei bisogni dell'utente, le caratteristiche della relazione con l'operatore e altri aspetti che ti hanno colpito

Violenza in modo arbitrario e gratuito (sia fisica sia psicologica)

Corpo legato = contenzione } purtroppo questa pratica è ancora presente in contesti ospedalieri, ma di solito per questioni di sicurezza

Orari scanditi dalla struttura anche per andare in bagno

Togliere ai pazienti gli oggetti personali e abitudini

Azioni di schernimento e umiliazione

Uso di strumenti di contenzione (per reprimere), ma anche cura morale (es. musicoterapia)

Depersonificazione es. messi in doccia tutti insieme

Relazione operatore-pz : assenza di empatia, relazione A-simmetrica sul piano etico

Farmacoterapia: prima scopo sedativo

scopo: aver controllo, potere

immagine porta d'ossò

usata anche per dare una buona impressione della struttura alla società

2. Quali sono caratteristiche dei "vecchi pazienti" ricoverati in manicomio? Quale era lo scopo primario del loro ricovero?

Pazienti tenuti inerti, annoiati, depersonificati, maltrattati isolati ed emarginati

Pz considerati irrecuperabili, privati dei loro diritti

Scopo: contenitivo => fanno regredire i pz x controllarli meglio

3. Quale era lo scopo del lavoro nei vecchi contesti manicomiali?

Modo per tener occupati

Strumento di contenzione e repressione

Ottima vetrina per la società, sia per la struttura stessa sia per i pazienti

ERGOTERAPIA = il lavoro pensato come una tecnica riabilitativa

\* Lavoro funzionale al raggiungimento di obiettivi importanti (anche educativi). L'inserimento nell'ambito lavorativo è a cavallo tra il raggiungimento di obiettivi di vita e il poter sperimentare

4. Quali sono i cambiamenti fondamentali riabilitazione degli utenti, nelle nuove strutture di salute mentale (descritti in più punti del documentario), dopo la chiusura dei manicomi? Quale il ruolo degli interventi educativi?

No strumenti di contenzione (nel documentario, ma emendati politiche ≠ in ogni regione, ci sono ≠ approcci, alcuni ancora obsoleti)

Porte aperte = si crede nella relazione con il paziente, operatori che credono nella relazione che valorizza la soggettività del paziente quindi cercano dei significati all'aggressività

Servizi che vanno in crisi che hanno una plasticità, che permettono un'individualizzazione della risposta

Gli operatori non hanno più il camice né i pazienti il pigiama

Scopo: riabilitativo, reintegrativo => pz non + considerati irrecuperabili, ma attori del loro destino

Gruppo di auto aiuto: nato per dare risposta a bisogni individuali nell'aiuto reciproco

il malato non è + solo la sua malattia => concetto di recovery

rapporto etico simmetrico

cambia la domanda, non è + il chiedersi la pericolosità, ma il perché

5. Perché nell'ambito della salute mentale il riconoscimento del suo diritto di cittadinanza costituisce un passaggio fondamentale nella riabilitazione della persona con problemi di salute

mentale?

Rende il paziente una persona e non più solo una malattia => hanno una coscienza della loro condizione

Responsabilizza l'utente

Rende il paziente partecipe della vita sociale

Permette alle persone di avere una progettualità

I pazienti sono diventati un "problema" sociale : presa di coscienza, di esistenza di queste

persone, che da sempre sono state emarginate => c'è una necessità di ristabilire e formulare leggi per queste persone x poterle far integrare nella società.

- 6. Secondo quanto riportato nel documentario, è più economico il vecchio modello "assistenziale/riabilitativo" dei pazienti con problemi di salute mentale o il nuovo modello riabilitativo? Perché?

Servizi psichiatrici "nuovi" hanno un costo dimezzato rispetto quelli "vecchi"

⚠ ma c'è un problema: poche strutture psichiatriche, xché — poca conoscenza

non c'è ancora una cultura diffusa del concetto di rieducazione e riabilitazione

- 7. Quali sono gli aspetti della storia personale di Massimo che hanno contribuito allo sviluppo di disagio psichico?

Carenze affettive (abbandonato dei genitori, passato attraverso diversi istituti)

Maltrattamenti

Stigmatizzato dai parenti "sei malato"

Emarginazione

La non tutela dello stato

necessario avere un tutore di residenza

- 8. Quanto conta per l'operatore sanitario conoscere questa storia?

Fondamentale per la riabilitazione conoscere la storia del paziente (biografia), ponendo attenzione a come la racconta

Medicina narrativa

→ creare un legame + terapia personalizzata  
→ tener conto anche del linguaggio non verbale

- 9. Quanto conta il contesto territoriale/comunitario in cui s'inserisce la "nuova" riabilitazione psichiatrica?

Permettono la reintegrazione nella società es. progetti lavorativi

Permettono al paziente di sentirsi cittadino, parte della comunità

Promuove l'inclusione sociale

Servizi che si adattano al paziente

- 10. Come i pazienti valutano il rapporto col territorio, la comunità, secondo quanto descritto nel documentario?

Positivo, necessario (es. mobilità sui mezzi di trasporto, avere un lavoro)

Paziente deve avere il diritto di lavorare, di avere un reddito, di avere un ruolo nella società

Gruppi di auto aiuto: ritorno in società per aiutare gli altri (io paziente)

indipendenza

- 11. Perché il documentario s'intitola "L'orizzonte del mare"?

Così come l'orizzonte del mare è una linea che traccia un confine tra il conosciuto e l'ignoto e che si sposti in avanti man mano tenti di raggiungerlo, così le buone prassi stanno in una tensione mai soddisfatta completamente tra le organizzazioni della cura e l'umanità che le attraversa

le buone prassi si possono migliorare scoprendo anche le cattive prassi

"spazi della psichiatria, tra presenza e assenza" (di Katia Daniele)

fondamentale per uso educativo

es: meno rumore = migliore impatto riabilitativo; spazi che rievocano il vissuto, "famigliari"

Abitare e stare (anche dal libro di Sartaceno)

educare nell'ambito della salute mentale = educare alla dimensione dell'abitare

per consentire alla persona di sviluppare o recuperare un'integrazione armonica e accettabile con la sua realtà sociale } => educare a costruire una rete sociale e a gestire di una propria occupazione mediante azioni quotidiane pensate

non ricondurre ad una "normalità", => un adattamento reciproco ma per permettergli di sviluppare il suo progetto di mondo

obiettivo riabilitativo: scovare o nulla "proprietà" dello spazio es: nei manicomii: pz venivano posizionati, gli operatori gestivano i loro bisogni

Abitare // Stare // continenza rispetto organizzazione materiale e simbolica di spazi ed oggetti, alla loro condivisione affettiva es: personalizzazione gli spazi dove il pz vive, poter esprimere la propria voce

emere pace ed avere un impatto sulla quotidianità => avere un grado + evoluto di "proprietà" dello spazio (non solo materiale)

la quotidianità = fatta di spazi, di tempi, di relazioni, di scelte, di cose "normali" e anche di regole

in vista di una futura AUTONOMIA

nell'abitare gli utenti possono organizzare, gestire i propri tempi e spazi, di aver cura della quotidianità per aver cura di se

il lavoro educativo:

gli operatori osservano e cercano di capire la quotidianità degli utenti per poi sfruttare il potenziale educativo e lavorativo => per creare possibilità incontro / scambio

sia in modo PATERNO che in modo MATERNO

governare regole in maniera educativa => avere una flessibilità nel caso di un'eccezionalità o richiesta del pz stesso = CONTRATTAZIONE

protezione viene creata un'esperienza per produrre un cambiamento anche attraverso le regole es: in comunità non si può avere la TV in camera, ma in un'aula comune = creare incontri, relazioni, promuovere il gruppo, evita il "diagnosi sociale" e l'isolamento

il lavoro educativo non solo creare una rete sociale, ma lavorare con la società } importante per conoscere la malattia mentale per evitare la sua stigmatizzazione e con le famiglie

=> lavoro educativo = lavoro sociale

non obbligatorio, solo se voluto dal pz

il lavoro non più come diritto negato o intrattenimento, ma come possibilità, sperimentazione, scelta, consapevolezza, identità