

L'intervento psicologico-clinico nell'esperienza di tirocinio presso un servizio di salute mentale dell'Asl Avezzano - L'Aquila – Sulmona

*Arianna Di Sero**

Abstract

Viene resocontato un intervento psicologico clinico in un Centro di Salute Mentale (CSM) di L'Aquila post- terremoto. Chi scrive è in rapporto con il servizio da tre anni in qualità di tirocinante di una scuola di psicoterapia psicoanalitica. Partendo dalla fase istituyente del rapporto di collaborazione con il servizio ed esplicitando la cornice culturale e storica in cui si colloca l'esperienza di tirocinio, vengono declinate le modalità con cui la specializzanda si è occupata delle domande che le sono state rivolte e di come un certo assetto di lavoro e lo scambio con gli operatori abbia permesso il passaggio da una funzione adempitiva ad una funzione maggiormente orientata a cogliere e sviluppare le risorse del contesto. Le domande che arrivano al CSM rappresentano la reificazione dei modelli culturali che contribuiscono a fondare il senso d'appartenenza, l'identità collettiva di uno specifico territorio; in tal senso, esse costituiscono un vertice di osservazione attraverso cui esplorare, più in generale, i problemi del territorio e provare a fare ipotesi di sviluppo.

Parole chiave: Centro di Salute Mentale, post terremoto, identità collettiva, pensiero simbolico, intervento psicologico clinico.

I nostri centri storici «sono vita, non si possono perdere senza sentirsi mutilati, menomati nello spirito; le rovine sono come cicatrici dello spirito, dove rimane la cecità e l'amnesia, irrimediabile»
(P. Calamandrei)

Premessa

L'esperienza che resoconterò è quella di un tirocinio, svolto nell'arco di tre anni, in qualità di specializzanda della scuola SPS¹, presso il Centro di Salute Mentale (CSM) di L'Aquila. Il desiderio di occuparmi di questo ambito di esperienza nasce da un interesse a investire professionalmente nel territorio aquilano; mi propongo con questo contributo di esplorare alcuni problemi che riguardano la collettività di questo territorio, che un servizio come il CSM ha la grande potenzialità di intercettare. In premessa vorrei esplicitare la difficoltà che mi ha accompagnata nella stesura di questo articolo, nell'organizzare un'esperienza che ha per me il potere di evocare vissuti particolarmente densi e fortemente confusivi da un punto di vista emozionale. Mi sono resa conto che tale difficoltà stava in

* Specialista in psicoterapia psicoanalitica SPS, Studio di Psicosociologia, Roma.

¹ Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica. (SPS), Roma.

rapporto con una specifica posizione assunta in rapporto a tale scritto, che aveva a che fare con l'idea di descrivere un prodotto finito, concluso, risolutivo rispetto alle questioni che mi proponevo di trattare nell'articolo. Ben presto il lavoro di resocontazione, dunque di pensiero sulla relazione in cui si è svolto l'intervento psicologico, mi ha permesso di assumere una posizione di maggiore apertura, vale a dire il considerare l'articolo un motore di ragionamento, capace di dare senso all'esperienza professionale e contribuire all'intervento psicologico, invece di descriverlo.

Le premesse del rapporto di tirocinio: la fase istituyente.

Il Centro di Salute Mentale è una delle Unità Operative Complesse (UOC) di cui si compone il Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl 01 L'Aquila Avezzano Sulmona; come recita la Carta dei Servizi, esso eroga presso la propria sede prestazioni medico-psichiatriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche e di assistenza sociale, secondo il modello della continuità terapeutica e del lavoro basato su équipe con la collaborazione di diverse professionalità.

L'attività del CSM è rivolta specialmente alle persone che soffrono di disturbi mentali gravi; due sono le principali modalità di intervento:

- la visita ambulatoriale, da intendersi sia come prima visita che come visite successive, di verifica dell'andamento del programma terapeutico;
- la visita domiciliare, che può essere programmata o svolta d'urgenza. Essa rappresenta una modalità diffusa di intervento, in quanto il servizio opera su un territorio provinciale molto vasto: infatti, mediante la visita domiciliare gli operatori hanno la possibilità di raggiungere coloro che riuscirebbero con difficoltà a recarsi al servizio in modo autonomo.

Il CSM svolge una riunione settimanale di servizio e una riunione mensile di Dipartimento.

La sede del servizio è ubicata sotto l'ex manicomio di Collemaggio, ed è stata attrezzata, a seguito del terremoto del 2009, in due container: in un primo svolgono attività gli psichiatri e il personale infermieristico, laddove quest'ultimo svolge una funzione di accoglienza rispetto alle domande dell'utenza, occupandosi di orientare in prima istanza la presa in carico; in un secondo container prestano servizio gli assistenti sociali e gli psicologi.

La funzione psicologica all'interno di questo CSM si occupa, da un lato, di psicoterapia, in particolare per quei disturbi che rientrano nell'area dei disturbi emotivi comuni, mentre una grossa fetta di richieste, che va ampliandosi e differenziandosi, concerne le certificazioni mediante la psicodiagnosi testologica.

Oltre al personale strutturato, attualmente di due unità, nel servizio prestano attività anche psicologi tirocinanti e volontari.

Mi sembra utile recuperare due aspetti che hanno caratterizzato il mio ingresso nel servizio. In primo luogo, la psicologa strutturata e tutor del tirocinio accoglie la mia domanda esplicitando l'attesa che io, in quanto facente parte di una scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, avrei potuto rappresentare una risorsa, capace di occuparsi dei problemi emozionali che il servizio stava vivendo in quella fase specifica, in rapporto all'esperienza del terremoto.

Inoltre, in quel periodo (siamo alla fine del 2010) il servizio si interrogava sul perché di "un'assenza". Ci si chiedeva come mai il terremoto non avesse causato ciò che ci si aspettava accadesse: una forte domanda legata a Disturbi Post Traumatici da Stress (DPTS); al contrario, da un lato i pazienti sembravano essere quelli della vecchia utenza, dall'altro le nuove domande non sembravano riconducibili a disturbi legati a sindromi post traumatiche².

² In una ricerca della Facoltà di Medicina dell'Università dell'Aquila e della UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (http://www.ordinepsicologiabruzzo.it/archivio11_notizie-e-comunicati_0_338_34_1.html) effettuata su un campione di popolazione composto da 1.450 minori (7-14 anni) iscritti nelle scuole del comprensorio aquilano, solo il 2% presenta una diagnosi di PTSD. Un'altra ricerca (Pollice, Bianchini, Roncone,

Durante la mia esperienza di tirocinio, ho più volte fatto la fantasia che questa “assenza” potesse essere l’indizio di una difficoltà del servizio ad intercettare domande connesse con problemi legati all’esperienza del terremoto che si presentassero con modi e linguaggi non scontatamente traducibili con le categorie diagnostiche del DPTS, che appaiono fortemente rappresentative di un trend culturale che mira sostanzialmente alla medicalizzazione delle richieste di aiuto, generando una progressiva emarginazione del livello simbolico di comprensione e un ripiegamento dei vissuti sui fatti. In altre parole, la reificazione del livello simbolico si riflette nella sempre più marcata medicalizzazione della diagnosi, della cura e della modalità di gestione delle relazioni, ovvero nell’appiattimento della scienza del vissuto sulla psichiatria (Carli & Paniccia, 2010).

Mentre si va osservando l’assenza di DPTS, gli operatori si confrontano con alcuni problemi emergenti, come la crescita dell’uso di psicofarmaci e di una sintomatologia che mima patologie mediche, o l’aumento dei ricoveri in regime di TSO³, mentre nella popolazione giovanile si va espandendo il consumo di alcool e stupefacenti e c’è un elevato numero di esordi psicotici⁴. Contemporaneamente si notano problemi connessi al cosiddetto *displacement*⁵ e al non avere più riferimenti negli spazi comuni, nelle piazze, nelle reti di rapporti quotidiani con il vicinato.

Da rilevare c’è il fatto che l’aumento dei ricoveri riguarda prevalentemente il distretto di L’Aquila e non gli altri distretti della provincia, in relazione – si ipotizza - a una maggiore facilità dei piccoli comuni a fare rete, a riorganizzare ambiti della vita sociale in modo più funzionale rispetto a L’Aquila del post sisma, che ha vissuto in modo forse più forte e drammatico il trasferimento nelle cosiddette New Towns⁶ che circondano il centro storico della città, prive di servizi, di spazi pubblici di scambio, di luoghi d’incontro.

Come ha recentemente ricordato lo storico dell’arte S. Settis⁷, il centro storico della città di L’Aquila è stato il frutto di un atto di fondazione, quando, a metà del 1200, le comunità dei “99 Castelli d’Abruzzo” decisero di darsi una più vivace e funzionale organizzazione urbana, confluendo in un’unica città, pur mantenendo il nucleo identitario d’origine nelle chiese e nei nomi dei quartieri. Si trattava di un processo aggregativo⁸ di natura economica, etica e civile, di una scelta progettata pensando alle future generazioni, che poggiava sulla condivisione dei valori civici. Sarebbe che per secoli l’etica del bene comune, quella stessa etica oggi fortemente in crisi, abbia avuto validità perché frutto della condivisione tra cittadini prima che delle leggi.

Nei monumenti, nelle strade e nelle piazze, dice Settis, c’è la vita e la sostanza stessa della nostra cultura e della nostra storia, perciò svuotare il centro per disseminare gli aquilani nelle campagne è un

Casacchia, 2012) effettuata su 187 giovani (18-28 anni) affetti consecutivamente presso il Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica (SMILE) nei giovani del SPUDC dell’Aquila, il 13,8% di essi presenta una sindrome di PTSD.

³ 96 nei primi 8 mesi del 2012, di cui 1/3 nel territorio dell’Aquila, contro una media che andava da 8 a 17 all’anno, nel periodo dal 2003 al 2009.

⁴ Il già citato centro SMILE è passato da 245 pazienti nel 2009 a 2.700 successivamente, per una media di 1500 pazienti l’anno al posto di 600/700. Per alcune patologie la richiesta si è raddoppiata, per altre triplicata.

⁵ Si allude al processo di svuotamento del centro distrutto e dalla cementificazione delle campagne, con la realizzazione delle New Towns, i 19 nuclei di palazzine antisismiche del progetto C.a.s.e., costruiti dopo il terremoto del 6 aprile 2009.

⁶ Le New Towns furono un esperimento urbanistico iniziato nel 1947 a Londra, per controllarne la crescita; furono accuratamente pianificate a partire dagli spazi sociali, dai trasporti, da un calibrato rapporto città-campagna, mentre all’Aquila le New Towns hanno devastato i suoli agricoli senza creare spazi per la vita sociale.

⁷ In occasione dell’evento “L’Aquila 5 Maggio. Storici dell’arte e ricostruzione civile” (<http://www.laquila5maggio.wordpress.com>).

⁸ Un gesto di sinecismo, diremmo con parola greca *synoikismos*, "darsi una casa comune". La stessa parola che per i Greci descriveva l’origine di città come Rodi o Atene, così contribuendo a definire l’idea italiana di città-comunità, anima dell’identità collettiva.

gesto violento quanto il terremoto. In tal senso la cancellazione del centro storico assume il sapore di uno svuotamento simbolico e diventa cancellazione della memoria, che è fonte di energia vitale.

La questione aquilana sembra in assoluta sintonia con ciò che è accaduto, negli ultimi tre decenni, anche alle altre città italiane, ove il valore civico dei 'luoghi terzi' (monumenti, piazze) è stato negato a favore della loro rendita commerciale e del loro potenziale di turismo di massa, ove la relazione fondata sul potere (inteso quale capacità di influenzare l'altro, di determinarne il comportamento, di convincere, di manipolare, condizionare pensieri, atteggiamenti, decisioni, scelte di vita) prende il posto di relazioni fondate sullo scambio, sui valori di solidarietà e di interesse per la diversità, sul rispetto della legalità, sulla condanna della criminalità organizzata, sul perseguimento di sviluppo culturale, sociale ed economico (Carli & Paniccia, 2010).

Alcuni aspetti di questa trasformazione culturale, se consideriamo, in particolare, l'impoverimento del pensiero simbolico e il primato dell'individualismo sul senso civico, sembrano tradursi, entro i servizi di salute mentale, nella ricerca sempre più diffusa di definire dimensioni invariante dell'ambito psicologico, come l'individuazione di caratteristiche stabili della personalità mediante la diagnosi: la crescita di certificazioni cui si accennava prima è un'esemplificazione rappresentativa di questo fenomeno. La diagnosi, che riveste un ruolo fondamentale nell'orientare l'intervento in ambito medico psichiatrico, diventa problematica nel momento in cui pretende di trasformare un problema sociale in un disturbo individuale (Carli & Paniccia, 2011).

Nei prossimi paragrafi, attraverso l'esplicitazione del lavoro fatto parlerò del metodo di lavoro adottato, che mi ha portato ad assumere diverse funzioni; questo è stato possibile grazie all'interlocuzione produttiva con alcuni professionisti del servizio, in particolare la tutor e alcuni psichiatri (i principali inviati). Ho potuto così ripensare e ridiscutere le premesse degli invii ed evitare di trattarli con una modalità scontata.

Terreno fertile di confronto sono state, in particolare, le richieste degli psichiatri di effettuare una valutazione psicodiagnostica per situazioni rispetto alle quali non era chiaro il quadro diagnostico e il tipo di intervento farmacologico da adottare. Spesso si trattava di domande che avevano a che fare con problematiche di relazione entro i contesti di vita di chi si rivolgeva al servizio, con questioni professionali, con sintomatologie fisiche senza un substrato organico ma invalidanti: tutte domande rispetto alle quali l'intervento psichiatrico individuale risultava fallimentare.

La prima fase del tirocinio. L'intervento con persone che non hanno una domanda per il servizio.

Una prima fase del tirocinio è stata caratterizzata dall'aver a che fare con richieste di valutazione psicodiagnostica, avanzate alla funzione psicologica da una molteplicità di attori, quali gli psichiatri, gli utenti o soggetti terzi, come il Tribunale, il medico di base, la medicina legale, l'INPS, il servizio sociale del Comune. Nell'occuparmi di tali richieste spesso ho trovato scarsamente utile agire seguendo la modalità "a domanda rispondo", ossia effettuando la diagnosi. Tali richieste infatti hanno solitamente l'obiettivo di smascherare dei fatti, svelare delle verità presunte, mediante l'identificazione delle caratteristiche della persona e del suo specifico disturbo. Nella mia esperienza adempiere ad una domanda di psicodiagnosi senza esplorarne il senso è poco utile sia per chi avanza la richiesta, in quanto raramente la diagnosi riesce a divenire un efficace ancoraggio per l'intervento, sia per il paziente, che può viverla come minacciosa e persecutoria, rischiando così di minarne il rapporto di fiducia con il servizio.

Tra le diverse formule di invio citate poc'anzi, penso possa essere particolarmente interessante quando è lo psichiatra a chiedere qualcosa, perché la ritengo una domanda maggiormente esplorabile e che potenzialmente può trasformarsi in un intervento più efficace. Nel confrontarmi con gli psichiatri del servizio o con la tutor rispetto a questi casi è stato possibile mettere in rapporto gli agiti della persona con la proposta relazionale di valutazione, percepita come violenta, che noi proponevamo mediante la

psicodiagnosi. Nel lavoro con alcune persone, ho così avuto la possibilità di esplorare il problema portato, rinunciando all'utilizzo della valutazione diagnostica e discutendo di volta in volta quella modalità di intervento con lo psichiatra inviante. Proporrò alcuni casi per approfondire la questione.

Il caso della famiglia che chiamerò Horvat – Dramis. Giunge al servizio una coppia inviata dal Tribunale per valutarne l'idoneità genitoriale, su segnalazione di un servizio sociale del comune in cui la coppia risiede. Nell'invio, si richiedono sia una visita con lo psichiatra, che si occuperà della valutazione finale, che una valutazione psicodiagnostica con lo psicologo. La tutor e io incontriamo congiuntamente la coppia, con l'idea di eseguire test. Lui è albanese e lei macedone, si conoscono in Italia dieci anni fa; dopo alcuni anni dal loro arrivo e dopo un breve fidanzamento decidono di sposarsi. Hanno due figli, di 8 e 6 anni. Lui fa il camionista mentre lei è casalinga. La signora presenta una modalità relazionale francamente paranoide, che ha messo in crisi il rapporto con il marito ma anche con il vicinato, vissuto come una minaccia da cui difendersi continuamente, situazione per la quale il marito prova vergogna. Dice di non tollerare più queste azioni della moglie, ma di sopportare per amore dei figli che, si rende conto, non potrebbero restare da soli con la madre. Chiede tuttavia un aiuto, vuole che sua moglie prenda dei farmaci, altrimenti non sa fino a che punto potrà sopportare quella situazione, teme di fare qualche sciocchezza. La signora sembra non riconoscere di avere un problema e non intende prendere farmaci; mette a carico del marito i problemi coniugali, sostenendo si tratti di "un cattivo marito", dice di non amarlo più e che vuole separarsi. Io e la tutor ci prendiamo un momento per discutere su come procedere, congedandoci alcuni minuti dalla coppia: la tutor teme che la valutazione psicodiagnostica potrebbe essere uno strumento usato per allontanare i figli dalla coppia, evento che, in quel momento, sentiamo come cattivo di per sé. Decidiamo dunque di fermarci e di non procedere subito con i test, per riflettere sul da farsi: riteniamo utile approfondire la situazione piuttosto che evadere la richiesta con una valutazione frettolosa da consegnare al Tribunale, senza sapere che uso si possa farne. I coniugi Horvat Dramis, dal canto loro, chiedendoci degli strumenti per affrontare quella situazione, sembrano avere una domanda di aiuto che il servizio può accogliere e iniziare a trattare. Insieme con lo psichiatra, conveniamo di scrivere al Tribunale che il CSM prenderà in carico la situazione della famiglia Horvat Dramis, avviando un rapporto di consulenza alla coppia genitoriale di cui si occuperà la mia tutor, e aggiornando periodicamente il Tribunale sulla situazione. Attualmente la coppia continua ad essere seguita attraverso colloqui clinici dalla tutor. Tramite lei, so che la signora fatica ad assumere lo psicofarmaco che le è stato prescritto ma la situazione, almeno di vita in comune, pare sensibilmente migliorata, in particolare in relazione ad un allentarsi dell'intensità dei vissuti paranoide della signora nei confronti del marito e dei vicini di casa: questi cominciano a rappresentare in misura minore un nemico da cui difendersi, mano a mano che ella costruisce un rapporto di fiducia con la terapeuta, rapporto che non "la distrugge", ma la aiuta a riconoscere le emozioni che prova. La tutor mi ha riferito che in uno degli ultimi incontri con la coppia, la signora le ha raccontato di aver portato un dolce "fatto con le sue mani" ad una delle sue vicine e che, alla fine dell'incontro di psicoterapia, l'ha ringraziata dicendole di avere oggi la sensazione di riuscire a portare nella stanza di terapia, dunque nel rapporto con lei, "i suoi pesi".

Il caso di Alberto. Conosco Alberto nel corso di un intervento domiciliare effettuato assieme ad una équipe del CSM costituita da un assistente sociale, uno psichiatra, due psicologhe (la tutor ed io). Il nucleo familiare presso cui si è svolto l'intervento, composto dal padre e dal figlio trentenne, è conosciuto dal CSM in quanto la sorella minore di Alberto, domiciliata in una struttura residenziale, è da tempo in carico al servizio. Il motivo che spinge l'équipe a recarsi dalla famiglia è quello di tentare una riappacificazione dopo che, a seguito dell'ennesima lite, il padre ha allontanato da casa il figlio, che si trova ora a vivere dentro una scuola resa inagibile dal terremoto, in uno stato di semi indigenza. Nel corso della visita, è il giovane a invitare noi e suo padre nella sua nuova dimora e l'intervento si organizza intorno alla possibilità di recuperare i problemi che hanno spinto il padre ad allontanare il figlio. Nonostante una certa diffidenza, il CSM sembra in qualche modo rappresentare un punto di

riferimento per il giovane. Dopo quella visita, infatti, vengo contattata dalla tutor che, su richiesta dello psichiatra, mi chiede di incontrare Alberto per una valutazione psicologica. Prima dell'incontro, parlo con lo psichiatra per conoscere il motivo di questa richiesta. Il giovane lo ha più volte cercato, reiterando lamentele per la situazione con il padre e per il manifestarsi di alcuni sintomi e malesseri fisici che lo preoccupano. Lo psichiatra vorrebbe capirci di più e mi chiede degli accertamenti diagnostici. Alberto presentandosi al colloquio mi riconosce e mi aggiorna sul rapporto con il padre. "Va un po' meglio", dice, ma continua a vivere nella scuola inagibile. Aggiunge che lo psichiatra gli ha detto di vedere una psicologa per fare dei test in relazione ad alcuni suoi problemi, tra cui gli innumerevoli sintomi fisici che lo assillano da qualche tempo e che sente invalidanti. Riferisce di un'insonnia che lo costringe alla veglia per la quasi totalità della notte. Si tratta di un problema insostenibile dal momento che gli sta impedendo di andare a lavoro; se continuerà così lo perderà. Cerco di capire di più di quei sintomi e di quell'insonnia, provando a esplorare il rapporto con il padre e il resto della famiglia, ma anche chiedendogli circa il suo lavoro e le amicizie. Racconta della morte prematura della madre, avvenuta quando egli era solo un adolescente e di un rapporto intenso con la sorella. Parla della sofferenza vissuta nel corso di questi anni per l'acuirsi della malattia di lei, una severa schizofrenia, a causa della quale la ragazza ora vive entro una struttura psichiatrica residenziale. E' spaventato rispetto a pensieri ricorrenti che ultimamente lo sopraffanno. Questi pensieri sembrano riferiti a idee fisse che lo turbano e non riuscendo a riconoscerle come proprie, comincia a trattarle come esterne alla sua mente. E' preoccupato di tale sintomatologia perché pensa che possa avere anche lui, come sua sorella, un disturbo psichiatrico e ritiene che gli incontri, test alla mano, siano finalizzati a sancire la sua patologia mentale. Sembra che riconosca questa paura sia di per sé insostenibile, perché è a questo punto che il linguaggio di Alberto e quindi il suo pensiero cominciano ad allontanarsi sempre di più dall'esame di realtà, infittendosi di bizzarrie ideative. A quel punto decido di rinunciare all'ipotesi dei test di valutazione, perché rischierei di inimicarmi quella parte di Alberto che reputa inaccettabile una diagnosi di disturbo psichiatrico. Sarebbe in altri termini un modo per minare la costruzione di un rapporto di fiducia verso il CSM. Alla fine di quel primo incontro, propongo al giovane di pensare al rapporto con me e più in generale con il servizio non come un contesto finalizzato a smascherare disturbi, bensì come uno spazio utile a capire meglio i problemi che lo avevano portato a rivolgersi al CSM così spesso nell'ultimo periodo, individuando possibili risorse che potessero tornargli utili. Grazie a tale fiducia è stato possibile lavorare al riconoscere l'interesse di Alberto a mantenere quel lavoro che rischiava di perdere a causa dell'insonnia; un lavoro vitale, perché lo faceva sentire utile e riconosciuto dai suoi compaesani, consentendogli inoltre di orientarsi meglio rispetto al fattore temporale della propria quotidianità. Tale interesse ha rappresentato anche l'obiettivo cui agganciare l'intervento farmacologico dello psichiatra, che ha nuovamente incontrato Alberto per intraprendere un percorso di cura che nel corso dei mesi successivi ha contenuto i suoi sintomi e gli ha permesso di tornare al lavoro.

La seconda fase del tirocinio. Le persone con una domanda che rientra nei disturbi emotivi comuni.

Nel tempo, grazie al confronto sui casi, si è costruita la possibilità che gli operatori mi chiedessero di occuparmi di alcuni problemi su un versante maggiormente esplorativo, rispetto alla richiesta di inquadrare le persone dentro categorie diagnostiche.

Più specificatamente, mi riferisco alla richiesta di accogliere le domande di aiuto psicologico portate da pazienti che presentano disturbi che non rientrano tra le acuzie, bensì nell'area dei cosiddetti disturbi emotivi comuni. In questi casi la proposta del servizio diventa: "ti chiedo di occuparti di questo paziente perché non me ne posso occupare io, non c'è spazio qui per trattare questo tipo di

problemi”. Si tratta dunque di accogliere le domande dei pazienti in modo sostitutivo rispetto all’operatore che me lo invia⁹.

Uno dei problemi del servizio sembra essere quello di viverci come isolato e di sentirsi il ricettacolo di una vasta gamma di problematiche che fatica a leggere e trattare, assieme al sentire come molto complicato l’aver una visione d’insieme di tutte le strutture operanti nel territorio, come quelle del privato sociale, le associazioni no-profit, ecc. E’ come se alla destrutturazione identitaria e simbolica del territorio post terremoto facesse eco un senso di frammentazione entro i diversi contesti di appartenenza, i luoghi di scambio, le istituzioni pubbliche, politiche, le famiglie, i servizi sociali, sanitari e dunque della salute mentale. Questo rende inevitabilmente ancor più problematico, per chi si occupa di aiutare l’altro, l’assumere una funzione di sviluppo di risorse entro un contesto che si percepisce con pochissime risorse, così come il trattare le questioni che l’utenza porta al servizio, quando gli ancoraggi culturali per dare senso agli eventi sono stati stravolti. Per approfondire riferirò di un caso.

Il caso di Carlo. Sul finire dell’estate, Carlo, un giovane di 32 anni, arriva al CSM per chiedere una consultazione; viene incontrato da una psichiatra che dopo alcuni colloqui decide di inviarlo a me per iniziare un percorso psicologico, valutando il suo problema non di pertinenza psichiatrica e, di conseguenza, non ritenendo opportuno somministrare alcuna terapia farmacologica. La psichiatra mi comunica un senso di urgenza¹⁰ molto forte rispetto alla presa in carico del paziente, motivandola con uno stato di confusione e fragilità emotiva entro cui Carlo si trova a causa di una serie di eventi negativi che lo hanno coinvolto nell’ultimo periodo: la perdita prematura della madre, avvenuta meno di un anno fa a causa di una malattia, la perdita della relazione con la sua compagna, che vive come l’ennesima relazione fallita, l’interruzione del percorso universitario¹¹.

Nei nostri primi incontri, il problema di cui Carlo mi parla e che sembra rappresentare quell’evento critico che lo ha portato a rivolgersi al CSM è la rottura del rapporto con la sua compagna, che lo lascia in modo improvviso e inaspettato. Carlo si sente vittima di una scelta altrui e, allo stesso tempo, causa dei motivi della rottura: la difficoltà nel portare a compimento il rapporto sessuale (durante il quale esperisce una sensazione derealizzante di forte estraniamento emotivo, che lo porta dapprima a viverci come estraneo alla scena sessuale e dopo a perdere l’erezione); la difficoltà “a condividere” con la compagna, scambiando pensieri, desideri, scelte e a instaurare con lei un rapporto autentico: aspetti che hanno caratterizzato tutti i suoi rapporti con le donne negli ultimi anni.

Nel parlare di questi eventi, si rappresenta come in loro balia e tende a trattarli come fossero dei pezzi slegati senza riuscire a differenziare emozionalmente il portato delle diverse esperienze di cui mi parla, proponendo un vissuto di passività e impotenza. E’ come se gli eventi fossero degli ingredienti che Carlo mette nel carrello della spesa, simbolizzando me come quel contenitore, il carrello della spesa, rispetto al quale sperimento un vissuto di essere riempita di cose alla rinfusa e in modo compulsivo, ostacolando così la possibilità di attribuire senso a quanto porta nei nostri incontri. Nel lavoro con lui, ho provato a soffermarmi su questi pezzi apparentemente slegati, tentando insieme a Carlo di attribuire loro una coloritura emozionale, accettando la confusione e il senso di frustrazione

⁹ Il *modello* a cui si fa riferimento (Carli, 1996) definisce come funzione sostitutiva quella che assolve integralmente a un’attività/compito dell’organizzazione senza dover interagire con le altre funzioni organizzative (negazione dell’altro e dei vincoli di dipendenza reciproca), e come funzione integrativa quella che, all’interno del sistema, ha bisogno di interagire con le altre funzioni per l’assolvimento del compito (capacità di vedere sé e l’altro entro le strutture).

¹⁰ Senso di urgenza che, a posteriori, ho letto come l’agire il senso di colpa legato allo “scaricare il paziente”, evocato dal vissuto di abbandono espresso da Carlo nel corso della consultazione.

¹¹ Tali perdite sono accompagnate da un senso di colpa, associato, nel primo caso, al non aver capito in tempo che la condizione di salute della madre fosse così critica e non averla sufficientemente aiutata perché, in quel periodo, la rottura della spalla destra per via di un incidente sportivo lo aveva reso meno autonomo nei movimenti; nel secondo caso, alle difficoltà che viveva in ambito sessuale ed emotivo, alle quali, per grande parte, attribuiva la rottura della relazione.

che evocavano e sospendendo la possibilità di riconnetterli immediatamente a un significato. Attraverso il faticoso lavoro di contestualizzazione delle esperienze di cui mi parlava, collocandole dentro un tempo e uno spazio, è stato possibile ri-connettere il senso di interruzione cronica e del “sempre uguale” che sembrava attraversare ogni ambito della sua vita, al modo in cui Carlo stava vivendo il tempo a partire dall’esperienza del terremoto. Proponeva il vissuto di un tempo che si è fermato, rappresentando il 6 aprile 2009 come “il punto zero”. E’ dopo il terremoto che Carlo smette di andare all’università, simbolizzata come quella cosa “dove tutto si muove, dove si cresce, si conosce, si cambia”, e il part time che aveva trovato per mantenersi agli studi di ingegneria diviene full time, in un lavoro che simbolizza come “uguale a se stesso, automatico, privo di sviluppo, chiuso, fermo”. È come se questo azzeramento temporale si ripetesse invadendo i suoi rapporti, che sembrano seguire ciclicamente e ineluttabilmente il medesimo copione, in una sorta di restart all’infinito. E’ un tempo senza tempo, a due dimensioni: il tempo del prima che si tende a dimenticare, a cancellare e il tempo del presente, che senza un ancoraggio al passato e al futuro sembra un eterno ripetersi. E’ un tempo a-progettuale, che impedisce di investire sul futuro accedendo a dimensioni di desiderio, di sviluppo, di cambiamento. Appropriarsi di questa simbolizzazione del tempo, ha concesso a Carlo di fare un passo nel sentirsi in una posizione di maggiore autodeterminazione della sua vita. Esplorare insieme a Carlo le fantasie con cui egli simbolizza i rapporti, ci ha consentito di riflettere su come queste simbolizzazioni contribuiscano ad organizzare le esperienze che fa e il modo in cui vive le relazioni. Particolarmente denso è il passaggio in cui esplicita la sua idea di “condivisione”, definendo il condividere un’esperienza con la sua compagna come l’immaginare “qualcuno che mi osserva mentre io corro”. Esplicitare tale idea di rapporto ci ha consentito di soffermarci sul modo in cui simbolizza le relazioni; riappropriarsi della lettura simbolica e vederne le implicazioni nei rapporti, fino al rapporto sessuale con la compagna, gli ha restituito il senso di un potere trasformativo, che gli ha consentito di recuperare il rapporto con la compagna e istaurare una relazione, anche sessuale, più soddisfacente.

La terza fase del tirocinio. La domanda dei pazienti psichiatrici.

Nella terza fase rientrano le proposte, che il servizio mi rivolge, di occuparmi delle domande che rientrano in quello che il servizio sente come il suo principale mandato, ovvero nelle forme medio gravi di psicopatologia psichiatrica. In questo caso, la richiesta è di occuparmi dei problemi e dei vissuti emozionali di quei pazienti che, nell’ambito della consultazione psichiatrica, avanzano spontaneamente una richiesta di ascolto psicologico. Questo tipo di intervento è, in una certa misura, integrato alla prassi del servizio, per due motivi: in primo luogo, i pazienti vengono seguiti anche da un punto di vista psichiatrico; in secondo luogo, l’intervento si fonda anche su uno scambio con lo psichiatra che se ne occupa, utile a orientare anche l’intervento di quest’ultimo, nel momento in cui produce un aumento della comprensibilità dei problemi portati dal caso specifico. In sostanza, si pone l’accento sul processo che ha consentito il passaggio da una fase iniziale caratterizzata dalla tecnicità della valutazione psicodiagnostica e con uno scambio minimo con gli altri operatori del servizio, ad una funzione via via maggiormente orientata ai bisogni delle persone che si rivolgono al servizio e più connessa alla funzionalità organizzativa.

Il gruppo di arte terapia. In questa fase rientra la proposta di uno psichiatra di collaborare alla conduzione di un gruppo di discussione sui temi dell’arte e della pittura in particolare (portato avanti tra ottobre 2011 e maggio 2012) composto da alcuni pazienti che condividono tale passione e un percorso di studi, per alcuni concluso per altri no, all’Accademia delle Belle Arti. Si tratta di pazienti con diagnosi grave, da molti anni in carico al servizio e fino a quel momento incontrati sempre entro il setting duale del rapporto medico-paziente; persone dunque che si trovano entro rapporti di potere familiare e/o istituzionale, entro cui spesso sperimentano vissuti di dipendenza e passività, rinforzando la loro condizione di sofferenza ed il vissuto di impotenza. Tali pazienti, caratterizzati da una modalità

ricorrente di avanzare richieste di aiuto al CSM, propongono problematiche rispetto alle quali l'intervento psichiatrico individuale risulta insufficiente in quanto presentano, come problematica prevalente, una difficoltà a stabilire rapporti con gli altri, portando un vissuto di forte solitudine e isolamento sociale. E' con questa motivazione che, a valle di alcuni incontri di confronto, lo psichiatra mi propone l'idea di incontrare periodicamente queste quattro persone, con lo scopo di far loro sperimentare una forma di socialità che, mediante la valorizzazione di una loro risorsa, possa alleviare il loro stato di sofferenza. Per alcuni mesi il gruppo, composto da 4 pazienti, lo psichiatra ed io per i primi tre incontri e poi me da sola per la durata complessiva del lavoro, si è riunito in un locale messo a disposizione da una parrocchia locale, per parlare di pittura, più in generale di arte, e del modo specifico di intenderla di queste quattro persone, talvolta attraverso l'ausilio di dipinti che qualcuno di loro portava. L'arte, il dipinto hanno rappresentato, nel rapporto con questi pazienti, un oggetto terzo, un prodotto che ci ha permesso di parlare di emozioni, sensazioni, idee altrimenti poco agganciabili e poco esprimibili. Abbiamo lavorato riconoscendo differenze e somiglianze nel loro modo di intendere e fare arte, pensandole come modi diversi di stare in rapporto con il mondo e di rappresentare l'esperienza. Un focus trasversale è di nuovo rappresentato dalla dimensione temporale, veicolata attraverso il tempo del dipingere: il farlo di getto, come per Valerio, o iniziarlo senza riuscire mai a finirlo, come per Grazia, rappresentano la difficoltà di accedere alle proprie emozioni, sentirsene sopraffatti e tentare un controllo su di esse, trattenendole o evacuandole immediatamente. Il dolore evocato dall'entrare in contatto con un vissuto minaccioso di perdita di senso, con una profonda angoscia di morte, esitava nel tentativo di negare il passato, immaginando di poter ripartire da zero. A tal proposito, sembra utile citare Otto Rank, secondo il quale la principale motivazione dell'artista nella sua creatività sta nella «spinta all'immortalità» (Rank, 1968).

Talvolta, il confronto tra questi pazienti e con me mediante l'esperienza del gruppo ha permesso il recupero di una dimensione storica del desiderio, trasformato poi in un obiettivo perseguibile, come per Valerio, per il quale scrivere un articolo, pensato inizialmente per il gruppo, sull'analisi delle avanguardie pittoriche che dal '900 andasse a recuperare le radici nel Rinascimento, lo ha aiutato a comprendere meglio la sua adesione allo stile pittorico dell'espressionismo, nell'idea, come scrive in premessa all'articolo, che "il nostro passato ci consente di capire il nostro presente". Tale articolo ha trovato spazio di ascolto con alcuni interlocutori dell'Accademia delle Belle Arti, consentendo a Valerio di dare un senso alla sua competenza artistica, e recuperando, al tempo stesso, uno scopo e un'appartenenza.

In sintesi, il gruppo sull'arte sembra aver valorizzato non solo il rapporto tra pazienti, ovvero tra cittadini, nella misura in cui essi condividono un contesto territoriale colpito duramente dall'esperienza del terremoto (ove le persone si trovano confrontate inevitabilmente con vissuti di perdita, lutto e frammentazione), ma anche il rapporto tra pazienti-cittadini e servizio attorno al pretesto dell'arte, riorientando il loro modo di fruirne; questo nuovo assetto connota tale rapporto come non più meramente necessario ma anche desiderabile.

Manuela è una giovane donna di 35 anni che arriva al CSM chiedendo un consulto psichiatrico rispetto a una serie di disturbi somatici che perdurano da alcuni anni, variando costantemente natura; da quando, all'età di 23 anni, un'infezione agli occhi le fece temporaneamente perdere la vista, ha iniziato, successivamente, a lamentare continui disturbi fisici, ai quali seguono esami specialistici che puntualmente risultano negativi. Tali disturbi sono divenuti negli ultimi anni fortemente invalidanti nella vita familiare e lavorativa della donna, fino a che il medico di base le ha consigliato di rivolgersi al servizio di salute mentale. Dopo una prima visita con lo psichiatra, che ha come esito una prescrizione farmacologica e un monitoraggio a cadenza mensile, incontro Manuela su invio dello psichiatra. Nel primo incontro, Manuela mi chiede una "risoluzione" dei suoi "problemi fisici", dal momento che i dottori le assicurano che essi dipendono dalla testa, simbolizzandomi, così, come l'ennesimo medico a cui chiedere una ricetta; le restituisco la lettura di questa proposta relazionale e le contro-propongo di provare a capire insieme quali fantasie, vissuti, probabilmente sentiti come

insopportabili tanto da utilizzare il corpo come canale di espressione, cortocircuitano le sue relazioni di vita. Manuela accetta di parlarne e, nel tempo che resta della seduta, dà spazio, dopo molto tempo mi dirà in seguito, al pianto. Nei successivi incontri la donna non mi ha quasi mai più accennato ai disturbi fisici, ma ha utilizzato lo spazio con me per sintonizzarsi con i suoi bisogni e fermarsi a riflettere sulle relazioni affettive e professionali, contesti entro cui sentiva di agire una modalità esasperata di controllo. Risaliamo alla notte del terremoto e vediamo come il forte sentimento di impotenza evocato dalla paura della morte avesse in qualche modo evocato una necessità di riparare alla sua assenza (si trovava, in quel momento, lontana dalla famiglia) attraverso il tentativo di “essere sempre presente”: presidiare fisicamente ogni contesto diventava un imperativo con cui cercava di sentirsi forte e potente, riparando il senso di colpa e di impotenza. La consultazione le ha permesso, in prima istanza, di dare spazio al dolore, ascoltarlo, riconoscerlo e metterlo in parola, in seconda istanza ripensare alle sue modalità relazionali come “poco funzionali” nel rapporto con l’altro, e immaginare altre modalità di “essere presenti” in un rapporto, al di là di quella meramente fisica.

Un focus sulla popolazione giovanile e alcune conclusioni

Un dato rilevante che, come ho detto, aveva destato l’attenzione del servizio nella seconda metà dell’anno scorso è stato l’elevato numero di esordi psicotici in pazienti giovani; dato che sembrava problematico, da un lato perché ci si sentiva sprovvisti di strumenti per trattare la specificità del problema, dall’altro perché i giovani rappresentano la nuova generazione, una generazione che dovrebbe occuparsi della difficile opera di ricostruzione materiale, sociale e psicologica della città. Ho già ricordato come recentemente nel territorio siano state effettuate diverse ricerche, commissionate da parte di alcuni enti pubblici (Università, Asl), che puntano i riflettori proprio su questa fascia di popolazione con l’obiettivo di diagnosticare disturbi in modo preventivo.

Durante l’esperienza di tirocinio al CSM, ho incontrato giovani che attraversavano un momento di forte disorientamento emotivo o un episodio psicotico. Ricordo Sonia, una giovane ragazza di 19 anni, inviata da una psichiatra del SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), presso cui era stata ricoverata dopo aver minacciato di aggredire con un coltello i fratelli minori. La madre della ragazza mi chiedeva con veemenza di assicurarle che la ragazza potesse stare a casa e che non esisteva il rischio reale che potesse fare del male agli altri fratelli. Episodi come questo, è facile intuirlo, pongono un problema consistente non solo al servizio ma, più in generale, alla comunità intera.

In uno spazio tra tirocinanti psicologhe all’interno del CSM, dedicato al confronto su tale questione, abbiamo ipotizzato che il numero lievitato di ricoveri e di nuovi casi di psicosi nella popolazione giovanile sia in rapporto con una difficoltà della rete sociale a funzionare e della popolazione a riorganizzare ambiti di scambio e produttività (anche economica) e a trovare quegli ancoraggi spazio-temporali che contengano vissuti di perdita, lutto, frammentazione e destrutturazione identitaria, che hanno un altissimo potere di evocare la voragine del non-sense psicotico.

Particolarmente esplicativa, sotto questo punto di vista, la testimonianza di una professoressa di scuola media nel corso di un seminario di psicologia a cui ho recentemente partecipato, organizzato da un’associazione di psicologi a indirizzo psicoanalitico¹². La docente ha raccontato come, nel periodo successivo al terremoto, gli alunni delle classi di passaggio (5° elementare, 3° media), che non poterono ritrovare il gruppo classe che avevano lasciato, si trovarono a vivere uno stato di smarrimento molto più forte di quello degli alunni che invece erano stati reinseriti nel gruppo classe che avevano lasciato al momento del terremoto. Lo scambio attivato con i presenti all’interno del seminario è stato utile nel mettere in luce il legame tra i vissuti di disorientamento e confusività degli alunni delle classi di passaggio e l’aver vissuto, da parte di questi ultimi, l’interruzione violenta del

¹² Associazione Choros – Spazio Psiche.

percorso di studi e la perdita di un contesto di appartenenza vitale, come il gruppo classe, che contribuisce a saldare i processi identitari.

“Nelle situazioni estreme, la rappresentazione del desiderio crolla e il dolore è così grande che la psiche non riesce ad accoglierlo. Il trauma apre un buco nella trama soggettiva dell’esistenza nel luogo in cui si verifica, imponendo il silenzio” (Winnicott, 1964, citato da Thanopoulos, 2009, p. 37). Le parole di Winnicott mi consentono di rileggere i vissuti di estraniamento, del “sentirsi fuori contesto”, di anestesia emozionale (espressione che è stata ampiamente utilizzata dalla stampa locale per descrivere la risposta emozionale dei cittadini) come vissuti che hanno a che fare con l’aver attraversato un’esperienza che ha creato una frattura tra un contesto che rendeva possibile parlare di ciò che si viveva e di conferirgli un senso, e un altro dove questo non sembra possibile, minando così la possibilità di accedere a dimensioni di desiderio, quel desiderio che è motore della ricerca e della vita al tempo stesso.

Molto spesso le domande rivolte al CSM parlano il linguaggio medico e lamentano problemi fisici, mentre l’operatore viene simbolizzato come l’esperto cui affidarsi per una loro risoluzione, un liberarsene. Credo che così si esprima una violenta negazione di emozioni, anche in rapporto ai vissuti di perdita e di destrutturazione dell’identità che il terremoto ha evocato, e che ci sia una fantasia di ripartire magicamente da zero entro un tempo appiattito, a due dimensioni: il prima e il dopo il 6 aprile 2009. Penso che la speranza di una risoluzione magica sia in rapporto con una fantasia di azzeramento delle risorse, e che l’esperto onnipotente diventi inevitabile proprio quando si fa più forte e violenta la mancanza di categorie con cui rileggere il contesto.

Attraverso le domande al CSM è possibile cogliere anche le modalità con cui gli spazi fisici, le strutture architettoniche e monumentali di una città, rappresentano la reificazione dei processi culturali che nel corso dei secoli hanno contribuito a fondare il senso d’appartenenza e l’identità collettiva. Il terremoto sembra aver minato fortemente tali certezze, stravolgendo quanto si dava per scontato, per ovvio, come ancoraggio della convivenza. Si può ipotizzare che i servizi di salute mentale non siano esenti dalle medesime dinamiche emozionali del contesto in cui sono inseriti: il pensarsi isolati, così come la tendenza ad accogliere domande senza esplorarle o a tradurle immediatamente dentro categorie diagnostiche note, portano in seno il rischio di far perdere una quota di variabilità molto importante per dare senso alla nostra esperienza.

Abbiamo visto come l’ambito della salute mentale, negli ultimi decenni, abbia attraversato un cambiamento culturale che è sostanzialmente caratterizzato dalla medicalizzazione delle richieste di aiuto e dalla progressiva emarginazione del livello di comprensione simbolico; in tal senso è possibile capire la difficoltà di intercettare domande e problemi legati all’esperienza del terremoto che si presentano con modi e linguaggi non immediatamente traducibili in categorie diagnostiche, come quelle del DPTS.

E’ inoltre possibile capire come alcuni dei problemi emergenti nel territorio aquilano, come il lamentare disturbi e patologie fisiche, il non avere più riferimenti negli spazi comuni, l’aumento di consumo di alcool e stupefacenti, così come di esordi psicotici nella popolazione giovanile, non possano essere colti e compresi utilizzando le sole categorie diagnostiche psichiatriche, ma necessitino di categorie di lettura simboliche e di uno spazio di pensiero e di esplorazione delle emozioni in grado di riconnettere quei problemi allo specifico contesto in cui si collocano.

Viene alla mente il prezioso contributo giapponese nell’arte del restauro: quando i giapponesi riparano un oggetto rotto, non cercano di nascondere la crepa, ma la valorizzano riempiendo la spaccatura con dell’oro¹³. Questo aumenta sia il valore economico che quello artistico dell’oggetto, dato che la casualità con cui quello si rompe darà vita ad un oggetto unico e irripetibile. La differenza risiede nell’occultare l’integrità perduta o esaltare la storia della ricomposizione. In effetti, la cultura occidentale ci ha abituati ad un pensiero digitale che fatica a fare pace con le crepe: un oggetto o è

¹³ Questa tecnica è chiamata *Kintsugi*, ovvero “Riparare con l’oro” ed è una pratica che risale a più di sei secoli fa.

intatto o è rotto, e "spaccatura, frattura, ferita" sembrano percepiti come l'effetto di una colpa. Di contro, il pensiero analogico, mitico, simbolico, ci riporta alla compresenza degli opposti e ci consente di contemplare una vita che è integrità e rottura insieme. A tal proposito, sembra utile cogliere il nesso tra la fantasia del "ripartire da zero" e una modalità collusiva propria della concezione moderna di vivere il tempo come lineare e progettuale, mentre il tempo ciclico della civiltà greca, con la successione delle fasi attraverso cui si svolge il divenire della natura, sembra non appartenerci più; in tal senso, recuperare una memoria storica significa in una qualche misura riappropriarci di una ciclicità del tempo che consenta di accogliere l'alternanza tra vita e morte, fortuna e disgrazia, progresso e decadenza (Galimberti, 2004).

La mancanza nel territorio di luoghi di scambio e di confronto, anche a causa di un'operazione politica e economica orientata alla costruzione di spazi altri piuttosto che alla valorizzazione e al recupero dei tradizionali luoghi di appartenenza, sembra rappresenti uno dei maggiori ostacoli al recupero di un senso storico, oltre che simbolico e civico dell'esperienza del terremoto.

Particolarmente densa la partecipazione, in questi giorni, ad un ciclo di seminari già ricordato, dal titolo "Al di là del trauma. Ricostruendo i legami", aperto alla cittadinanza e organizzato da un'associazione di psicologi a indirizzo psicoanalitico¹⁴, che, in modo davvero originale, si è proposto come uno spazio aperto sul tema del trauma; l'uditorio, che sembrava desideroso di parlarsi, proponeva come vissuto condiviso proprio l'assenza di interlocutori, di luoghi ove portare le proprie angosce, di contesti ove "tessere i fili di quelle trame interrotte", capaci di riconnettere ad un passato ed una vita che sembrano cancellati.

Abbiamo visto, nel resocontare i casi con i pazienti del CSM (il gruppo di arte terapia, ad es.), come attingere agli oggetti della propria cultura possa essere un modo per provare a mettere in parola i propri vissuti; forse non è un caso che mai come ora a L'Aquila sembra esserci un così ampio fermento culturale (nascono, copiose, mostre di fotografie, saggi, poesie, composizioni musicali, ecc.). Quando l'intervento psicologico si offre come spazio di pensiero sull'esperienza, integrando il riconoscimento dell'emozione e il sentimento del tempo presente entro un contesto storico, esso può dare un contributo di valore unico alla comunità. Tale spazio, che con Carli e Paniccia (1984) chiameremmo "spazio anzi"¹⁵, è quella funzione mentale che può aiutare a destrutturare e ristrutturare le categorie per leggere la realtà, consentendo il cambiamento, facendosi premessa per la produzione di un nuovo assetto categoriale, sul piano individuale e sociale.

Bibliografia

- Carli, R. (1996). Psicologi e servizio sanitario (Psychologists and healthcare service). *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 30-41.
- Carli, R. (2006). Psicologia clinica: professione e ricerca (Clinical psychology: professional practice and research). *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 48 - 60. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1984). Per una teoria del cambiamento sociale: spazio "anzi" [Social change theory: space "anzi"]. In G. Lo Verso & G. Venza, G. (Eds), *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia*. Roma: Bulzoni.

¹⁴ Associazione Choros – Spazio Psiche.

¹⁵ Modo di funzionamento della mente inteso come quella confusione categoriale che permette il riconoscimento dell'emozione e il suo successivo precisarsi entro un contesto storico. Lo spazio anzi viene proposto quale dinamica fondante il cambiamento culturale.

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

Di Sero, A. (2014). L'intervento psicologico-clinico nell'esperienza di tirocinio presso un servizio di salute mentale dell'Asl Avezzano - L'Aquila – Sulmona [Psychological aid and clinical experience during an internship in a mental health service of Avezzano - L'Aquila – Sulmona]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 65-77. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2009). Obiettivi e metodologia della formazione: Pensare emozioni entro la relazione clinica [Training goals and methodology: Thinking of emotions in the clinical relationship]. *Rivista di psicologia clinica, teoria e metodi dell'intervento*, 2, 11–33. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2010). Editoriale. Involuzione culturale e psicologia [Editorial. Cultural involution and psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-8. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of mental health services in Italy: the evolution of demand for help and of relational dynamics]. Milano: FrancoAngeli.
- Freda, M.F. (2008). *Narrazione e Intervento in Psicologia Clinica* [Narration and intervention in Clinical Psychology]. Napoli: Liguori.
- Galimberti, U. (2004). *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica* [Psyche and techne. Man in the age of technique]. Milano: Feltrinelli.
- Pollice, R., Bianchini, V., Roncone, R., & Casacchia, M. (2012). Distress psicologico e disturbo post-traumatico da stress (DPTS) in una popolazione di giovani sopravvissuti al terremoto dell'Aquila [Psychological distress and post-traumatic disease (DPTS) in a young population of Aquila earthquake survivors]. *Rivista di psichiatria*, 47 (1). 59-64.
- Rank, O. (1968). *Art and Artist*. New York: Agathon Press
- Settis, S. (2013, May). Intervento in occasione de "L'Aquila 5 Maggio. Storici dell'arte e ricostruzione civile" [Intervention for "Aquila 5th May. Art storicians and civil reconstruction]. Retrieved from: <http://www.http://laquila5maggio.wordpress.com>
- Thanopoulos, S. (2009). Fra trauma e desiderio [Between trauma and desire]. In T. Bastianini, S. Bolognini, P. Cruciani, P. Cupelloni, P. De Silvestris, M. G. Fusacchia, E. Gaburri (Eds), *L'impronta del trauma. Sui limiti della simbolizzazione* (33-73). Roma: Quaderni del Centro Psicoanalitico di Roma.
- Winnicott, D.W. (1964). *Psychoanalytic Explorations*. London: Karnal Books.

Sitografia

www.ordinepsicologiabruzzo.it/archivio11_notizie-e-comunicati_0_338_34_1.html