

La funzione psicoterapeutica nei Servizi di salute mentale. Esperienze di tirocinio

di **Davide Baraldi***, **Simona Bernardini**, **Viviana Bonavita**, **Fiorella Bucci**, **Isabella Conti**, **Pamela Crisanti**, **Giorgio D'Alessandro**, **Marina De Bellonia**, **Claudio Gasparri**, **Paola Izzo**, **Elena Lisci**, **Federica Rastelli**, **Grazia Stocchino**, **Valentina Terenzi**, **Luigi Verducci**

Abstract

Il lavoro propone una riflessione sul cambiamento culturale che l'introduzione della psicoterapia ha rappresentato per il funzionamento e l'immagine sociale dei servizi di salute mentale. Verranno prese in esame due tipologie di servizi: i Centri di Salute Mentale e le Unità di Psicologia Ospedaliera, entrambe strutture originariamente dotate di assetti organizzativi che non prevedevano l'attività psicoterapeutica. Il testo vuole contribuire alla riflessione critica, oggi in corso, sul funzionamento dei servizi di salute mentale, ponendo all'attenzione una questione: quali obiettivi si pone e quali competenze richiede l'istituzione di un'attività psicoterapeutica entro un Centro di Salute Mentale o entro un'Unità di Psicologia Ospedaliera? La tesi che verrà formulata, attraverso la resocontazione di esperienze cliniche, è che la costruzione di una funzione psicoterapeutica entro tali contesti non può avvenire per imitazione della prassi privata, bensì richiede una specifica competenza organizzativa.

Parole chiave: psicoterapia; servizi; accoglienza; domanda.

Con questo lavoro ci proponiamo di esplorare il senso e le implicazioni assunte nel tempo dall'attività psicoterapeutica entro i Servizi pubblici per la salute mentale. Ne ripercorreremo la nascita e lo sviluppo storico, riconnettendo tale sviluppo con una serie di cambiamenti culturali, che hanno prodotto nel tempo nuove domande entro il sistema sanitario.

Sembra interessante rilevare, prima di tutto, come la *psicoterapia si sia sviluppata in contesti nati originariamente con altri* obiettivi strategici, e pensati per trattare i relativi problemi attraverso l'attivazione di un intero Servizio: ciò richiedeva evidentemente la costruzione entro il contesto di una specifica competenza organizzativa.

Pensiamo in particolar modo a due tipologie di Servizi che abbiamo avuto occasione di conoscere attraverso le esperienze di tirocinio: i Centri di Salute Mentale e le Unità di Psicologia ospedaliera e osserviamo come l'ingresso della psicoterapia in questi Servizi abbia rappresentato l'introduzione di un'attività che in certa misura sembrava discostarsi da quelle fino ad allora presenti. Vediamo in che modo.

I CSM — Centri di Salute Mentale — nascono, dopo l'approvazione della legge 180/78, con la riforma sanitaria 833/78 che disponeva la territorializzazione dei Servizi per la salute mentale¹. Le Unità di

* Psicologi, specializzandi presso la Scuola di Specializzazione quadriennale in Psicoterapia Psicoanalitica di Studio di Psicosociologia, Roma.

¹ La riforma sanitaria 833/78 rappresentò un'estensione della Legge di ispirazione basagliana, nel cui testo in realtà non compaiono indicazioni per la creazione di Servizi territoriali di assistenza alla salute mentale. Con la riforma sanitaria si tendeva quindi ad avviare un superamento dell'istituzione manicomiale, regolando la possibilità di prescrivere trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera. L'ospedale psichiatrico lasciava così il

Psicologia si definivano invece come strutture di servizio per i reparti entro gli ospedali in cui venivano realizzate.

Con la chiusura dei manicomi, i CSM si venivano a occupare di quella fetta di popolazione definita come pazienti psichiatrici ex ricoverati, in termini di prevenzione, cura e riabilitazione della malattia mentale; mentre le Unità di Psicologia, proponendosi come risorsa per fronteggiare problemi emergenti appunto nelle strutture ospedaliere, si sarebbero trovate a occuparsi, potremmo dire, di ciò che fallisce nel rapporto tra pazienti e sistema ospedaliero.

Queste due *mission*, come accennato precedentemente, comportavano una necessità di integrazione delle diverse figure professionali presenti all'interno del singolo Servizio (infermieri, psicologi, psichiatri, medici specialisti ecc.), ma anche tra i differenti Servizi del territorio (comunità terapeutiche, centri diurni, SPDC, reparti ospedalieri).

Entro tale cornice, accanto a questi specifici mandati, cominciava a diffondersi un'attività psicoterapeutica che, in entrambi i contesti, sembrava svilupparsi come un nucleo autonomo rispetto ai Servizi stessi, a *prescindere* dall'integrazione di più professionisti, di più funzioni, di più strutture; facendo dunque come se la ricchezza e la complessità di tutti questi rapporti potesse non riguardare il lavoro psicoterapeutico.

Ma come si arriva alla psicoterapia? Facciamo un passo indietro.

Lo sviluppo dell'offerta psicoterapeutica nei Servizi prende le mosse dalla concatenazione di diversi fattori. A tale proposito sembra essere stato un fattore rilevante la nascita e il rapido affermarsi delle Scuole di psicoterapia che in quegli anni, vicariando un vuoto dell'offerta pubblica di formazione professionalizzante post-universitaria, mettono molti psicologi in condizioni di proporsi sul mercato del lavoro con una competenza tecnica, cui in modo "naturale" conseguiva la prospettiva di introdurre l'intervento psicoterapeutico nei Servizi quale possibile risposta alle domande che sui Servizi stessi iniziavano a convergere.

Questa funzione emergente, contestualmente all'ingresso degli psicologi nelle strutture del SSN, a partire dai primi anni '80 organizzava progressivamente un'offerta e una possibilità di intervento che, nella nostra ipotesi, sembra aver favorito l'affluenza di domande alle quali si cominciava ad offrire il trattamento psicoterapeutico: domande che oggi vengono rubricate dai Servizi come "disturbi emotivi comuni", di cui diremo qualcosa tra breve².

L'affermarsi della pratica psicoterapeutica nei diversi CSM consentiva inoltre agli operatori dei Servizi di confrontarsi con tipologie di intervento che lasciavano intravedere la possibilità di processi evolutivi nei pazienti: ciò andava in controtendenza rispetto alla visione statica delle patologie psichiatriche croniche, consolidata nella cultura dei Servizi.

È in relazione a questo, secondo la nostra ipotesi, che gli stessi Servizi sembrano aver iniziato a perdere, in quella fase, la caratterizzazione di luoghi deputati alla esclusiva presa in carico di quelle patologie psichiatriche, contribuendo così a promuovere una nuova cultura del disagio psichico come non scontatamente associato alla malattia mentale.

Con la definizione di "disturbi emotivi comuni" — è qui utile precisare — generalmente si intendono tutti quei disagi che rientrano nella categoria dei disturbi ansiosi e depressivi che sembrano interessare gran parte della popolazione, configurando per i Servizi una tipologia di domande nuove, inattese, e tuttora non ben

posto alla nascita di Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), collocati all'interno di ospedali generali e di un sistema di Servizi extraospedalieri.

² Si veda il contributo del prof. R. Carli in questo stesso numero della Rivista.

definite. Si tratta, come abbiamo detto, di domande che esulano dal mandato sociale tradizionale della psichiatria, ovvero il reinserimento sociale del malato mentale, e che si istituiscono secondo modalità inedite: un'utenza mai vista prima nelle strutture del SSN comincia a rivolgersi direttamente ai Servizi portando un ampio spettro di problematiche; spesso inoltre la domanda ha come referenti altre agenzie, anch'esse inedite al circuito psichiatrico, come ad esempio i medici di base (Paniccia, Di Ninni & Cavalieri, 2006). Proponiamo qui l'ipotesi che i Servizi si siano trovati così confrontati con un cambiamento della propria funzione e della propria immagine sociale, tale da porre loro il problema di ripensare criticamente e rinnovare i propri modelli epistemologici e le proprie strategie di intervento.

Pensiamo anche alla funzione di accoglienza delle domande di consulenza psicologica e psicoterapeutica che le unità ospedaliere di psicologia hanno affiancato a quella di consulenza ai reparti; tale funzione di accoglienza, che si organizza come attività ambulatoriale sulla base delle domande rivolte dai cittadini alle unità di psicologia, sembra essersi sviluppata, infatti, a partire da un'utenza che si caratterizza per una storia di rapporti pregressi con il contesto ospedaliero in cui quelle unità sono inserite.

Su questi processi di cambiamento, riteniamo, si è discusso poco e ancora permangono molte ambiguità rispetto alle quali con queste riflessioni proveremo a introdurre alcune categorie di lettura, a partire appunto dalle nostre esperienze di tirocinio nei Servizi.

Come già accennato, il nostro gruppo di lavoro sta svolgendo il tirocinio presso sette CSM e presso una Unità di Psicologia di un sistema ospedaliero.

Un criterio che ci sembra utile per leggere le differenze con cui i Servizi si sono organizzati nelle diverse realtà territoriali, è la domanda di intervento intorno a cui questi si attivano.

Prendiamo ad esempio i Centri di Salute Mentale. Ci sembra di poter intercettare, tra le strutture di tirocinio che abbiamo conosciuto, due tendenze: l'una, orientata a occuparsi prevalentemente di domande i cui committenti sono i contesti sociali (famiglie che non riescono più a convivere con uno o più dei propri componenti, conflitti all'interno dei quartieri ecc) e l'altra a occuparsi prevalentemente di domande il cui committente è il soggetto stesso che si rivolge al Servizio presentando difficoltà personali.

Semplificando (cfr. schema qui di seguito) potremmo collocare i Servizi lungo un continuum in base alla prevalenza di uno dei due poli delle richieste di intervento. Tale collocazione incide evidentemente sugli obiettivi e sui metodi di lavoro: se infatti l'inserimento sociale dei pazienti psichiatrici ha come obiettivo il miglioramento delle loro relazioni e presuppone una rete di lavoro in grado di intervenire su più attori (pazienti, famiglie, Servizi e associazioni del territorio, mondo del lavoro ecc.), all'opposto la consulenza verso singole domande è generalmente condotta all'interno di una psicoterapia a due.

CSM		SERVIZIO	Ospedale	
Domande i cui committenti sono i contesti sociali	Domande il cui committente è il singolo	DOMANDA	Domanda di un reparto	Domande individuali
Risposta organizzativa	Risposta individuale (psicoterapia)	STRUMENTI	Risposta organizzativa	Risposta individuale (psicoterapia)

Da una parte quindi la risposta organizzativa, di sistema — quella su cui interviene tutta l'organizzazione — e dall'altra la risposta individuale, fornita dal singolo operatore.

Punto di osservazione privilegiato per riflettere sulle due diverse funzioni presenti nei CSM e nell'Unità di Psicologia dell'ospedale ci sembra essere l'accoglienza, in quanto momento di contatto tra i Servizi e le nuove domande. L'accoglienza riflette infatti il modo in cui i Servizi simbolizzano le domande, come pensano e organizzano l'intervento in risposta alle domande stesse.

In particolare, a riguardo, è interessante studiare la funzione di accoglienza che i Servizi hanno progressivamente implementato in risposta all'incontro con la variabilità rappresentata dai disturbi emotivi comuni. Questa nuova area della domanda ha posto infatti i Servizi nella necessità di operare un cambiamento di modello epistemologico: dalla diagnosi e cura della malattia mentale all'analisi della domanda, volta a individuare obiettivi di sviluppo personale insieme all'utente portatore della domanda.

La non immediata traducibilità di questa nuova tipologia della domanda in categorie psicopatologiche rende non scontatamente univoco e non immediatamente condivisibile un modello di lettura e di intervento sui disturbi emotivi comuni. Entro questa cornice pensiamo di poter collocare il momento di forte crisi che sembra oggi attraversare proprio l'area dell'accoglienza nei Servizi.

La questione sembra presentarsi così:

— quando la domanda è facilmente inquadrabile nell'area della patologia psichiatrica, essa appare coerente con l'ordinamento normativo e con la cultura che organizzano i CSM, ed è perciò più facilmente oggetto di una risposta da parte di questi;

— quando invece la domanda afferisce all'area dei disturbi emotivi comuni, la risposta si presenta più complessa, in quanto tali disturbi, per la loro variabilità, sembrano richiedere una fase di accoglienza-valutazione maggiormente strutturata in cui paziente e operatore concordano caso per caso, in modo non standardizzato, quale programma può essere offerto dal Servizio.

L'accoglienza può dunque diventare strumento di conoscenza della domanda e di verifica della sua concordanza con le priorità e le risorse del Servizio: a volte l'intervento coinciderà con questa fase di elaborazione e ri-significazione della domanda, altre volte costituirà la premessa per un successivo invio. Modalità questa che ci sembra possa costituire in ogni caso l'occasione per il Servizio di lavorare alla costruzione di criteri di lettura condivisi in ordine ai problemi che si presentano: problemi a partire dai quali la successiva assegnazione dei casi a uno o più operatori con specifiche, differenti competenze, può essere opportunamente criteriata e tenere conto anche delle preferenze e delle opzioni di interesse scientifico e professionale degli operatori stessi. In altri casi l'accettazione potrà essere rapida e l'assegnazione avvenire seguendo altri criteri, ad esempio quello dell'equa distribuzione delle prese in carico, attraverso l'assegnazione dei casi "a rotazione". In questa seconda modalità sembra spesso non esserci il tempo per consentire agli operatori di confrontarsi sul caso e interrogarsi rispetto alla pertinenza della domanda in rapporto agli obiettivi del Servizio.

La mancanza di criteri condivisi rispetto ai quali leggere i disturbi emotivi comuni può certamente mettere in crisi la capacità di risposta sistemica da parte del Servizio: sarà dunque centrale esplorare il modo in cui i diversi Servizi traducono le domande in problemi su cui intervenire.

Ci sembra qui di poter individuare due modalità fondamentali attraverso cui i Servizi trattano le richieste dei pazienti: nella prima l'attenzione è rivolta agli eventi e ai sintomi con cui i pazienti motivano la propria richiesta di aiuto; nella seconda l'attenzione è rivolta al modo in cui i problemi vengono portati al Servizio e alle emozioni che organizzano il senso della richiesta di aiuto.

Fatti e vissuti: queste ci sembrano essere due grandi categorie attraverso le quali chi si occupa dell'accoglienza, nei vari Servizi, legge le domande. Ed è una differenza rilevante perché incide sul modo in cui il Servizio organizzerà l'intervento. Facciamo due esempi.

Ricerca dei "fatti", comprensione dei vissuti — Caso 1.

In un'Unità Operativa ospedaliera di psicologia arriva Marta, inviata dallo psichiatra dello stesso ospedale con diagnosi di depressione secondaria sviluppata in seguito ad un tumore di cui la signora è stata operata un anno prima.

Durante il primo contatto telefonico con la psicologa che si occuperà del caso, Marta esplicita il suo disappunto circa il pagamento del ticket, da cui si aspettava di essere esente, data l'invalidità ottenuta proprio a causa del tumore, motivo tra l'altro per cui è lì oggi.

La psicologa le propone di riparlare di persona, nell'ipotesi che esplorare il senso di quella rimostranza possa essere fonte di utili informazioni rispetto alla modalità con cui Marta sta approcciando il percorso psicologico. Nel corso dei colloqui si vedrà poi come l'invalidità venisse utilizzata da Marta per mettere a carico della malattia, in una posizione di "delega", il senso della sua domanda di consulenza psicologica e del relativo percorso. Esplorare la dimensione simbolica di questo atteggiamento permetterà da subito di aprire nuove aree di lavoro non scontatamente connesse alla malattia.

Ricerca dei "fatti", comprensione dei vissuti — Caso 2.

Altra situazione: una giovane donna di 31 anni, che chiameremo Giovanna, si presenta al CSM della sua zona per chiedere un appuntamento. L'infermiere che compila il foglio di accettazione scrive che il problema per cui viene richiesto l'intervento è "recente lutto (morta madre tre mesi prima). Difficili rapporti con la sorella. Dimagrimento".

I pochi elementi intorno a cui si attiva il Servizio sono dunque "fatti" (lutto, dimagrimento) che fanno subito venire in mente una possibile diagnosi di depressione. Da qui nasce l'invio allo psicologo di cui la paziente ha fatto esplicitamente richiesta; lo psicologo svolgerà i primi colloqui in compresenza con una psicologa tirocinante da qualche mese nel Servizio, che dal terzo colloquio in poi si occuperà del caso.

Riprenderemo più avanti il caso di Giovanna; per adesso ci basta sottolineare come, in entrambi i casi, una prima conseguenza dell'attenzione ai fatti sia l'inquadramento diagnostico dei pazienti. Ci interessa qui sottolinearlo perché la nostra ipotesi è che se l'obiettivo dell'accoglienza è solamente fare una "corretta diagnosi", si perde di vista la relazione che si instaura tra Servizio e pazienti.

Ma dal momento in cui una persona viene *accolta* dalle strutture, cosa succede?

Se guardiamo alle psicoterapie, il rischio che avvertiamo è che i Servizi possano aderire a un modello di funzionamento dell'attività psicoterapeutica che *ricalca* quella privata, caratterizzato da singoli psicoterapeuti con specifiche tecniche psicoterapeutiche piuttosto che da un'attenzione *di tutto il Servizio, nel suo insieme*, ai problemi che arrivano e alla costruzione di una loro lettura condivisa. Parliamo di rischio perché in ambito pubblico ancor più che in quello privato, la domanda è maggiormente vincolata alla problematica che motiva la richiesta di intervento: se per l'inizio di una psicoterapia privata può bastare infatti il desiderio di fare una specifica esperienza con uno specifico professionista, nel caso invece della psicoterapia entro i Servizi pubblici, il paziente pone una sua problematica e attende che la struttura di accoglienza decida l'accesso alla psicoterapia, senza conoscere né il professionista che la condurrà né la metodica alla quale questi fa riferimento.

Nonostante ciò, spesso sembra che dal momento dell'accoglienza in poi il Servizio venga progressivamente

meno: il paziente tende a diventare “di” questo o quello psicoterapeuta, a meno che il caso non attivi questioni che portano chi se ne occupa a discuterlo nelle riunioni d'équipe.

Pensiamo che in questo modo il Servizio perda l'opportunità di occuparsi di quel caso nei termini di una *domanda rivolta al Servizio stesso*.

Ciò che intendiamo proporre è che la realtà organizzativa, se pensata come la diversificazione delle funzioni al suo interno, può rappresentare un prezioso strumento di intervento, ma se si opera una scissione tra competenza organizzativa e competenza psicoterapeutica, si corre il rischio di alimentare la costituzione di un'area tecnica di lavoro (ad esempio psichiatri e psicologi) che cerca di preservarsi dal contatto diretto con il cliente e chiede ad una parte del Servizio (solitamente gli infermieri) di fungere da filtro rispetto alle domande.

A questo riguardo è utile sottolineare che lo strumento principale a disposizione del terapeuta per comprendere la domanda del paziente, sia in ambito privato che in quello pubblico, è il modo in cui viene simbolizzato il *rapporto di cura*. Ed elementi indispensabili per tale comprensione sono tutte quelle informazioni, anche strutturali, che connotano l'*offerta terapeutica* di un Servizio. Si potrebbe dire che in ambito pubblico *gli elementi di contesto assumono lo stesso ruolo che in ambito privato hanno gli elementi del setting*.

Pensiamo a un caso a cui ha lavorato uno di noi entro un CSM. Un paziente che ha effettuato un primo colloquio sapendo che avrebbe lavorato con una tirocinante, *scopre*, telefonando al Servizio per comunicare un'assenza a uno dei colloqui successivi, che la sua terapeuta è *solo* una tirocinante e per di più poco conosciuta dagli operatori dell'accoglienza. Questo elemento caratterizzerà la relazione terapeutica nei successivi incontri. Si può non tener conto di questa informazione *di contesto*? È un limite o una risorsa per l'intervento?

La nostra ipotesi è che il modo in cui viene simbolizzata la funzione del terapeuta/tirocinante può essere un'informazione preziosa per comprendere la domanda del paziente. A patto che il terapeuta non la consideri una questione personale, colludendo con l'interpretazione attribuita alla circostanza dal paziente, bensì un dato organizzativo. Pensiamo al caso in cui il paziente viva la terapia immerso nella fantasia di essere considerato dal Servizio un cliente “di serie B”, tanto da *meritarsi solo un tirocinante* e parallelamente il tirocinante sia pervaso dal sentimento di essere un terapeuta “di serie B”. E pensiamo, al contrario, al caso in cui il sentimento di *minoranza* sia pensato all'interno della relazione e sia riconnesso con la problematica che ha motivato la richiesta al Servizio. Una bella differenza.

Ricerca dei “fatti”, comprensione dei vissuti — Caso 3.

Vediamo un altro esempio che riguarda un caso incontrato nell'esperienza di tirocinio svolta presso l'Unità ospedaliera di psicologia clinica. Lorenzo trent'anni, sposato, con una figlia di 3 anni, impiegato nel settore informatico. Si presenta per la prima volta insieme alla moglie Sara in occasione di un incontro di follow-up della loro bambina, nata pretermine e seguita da tre anni dal Servizio.

Il follow-up è una funzione che l'Unità ospedaliera di psicologia svolge su mandato del reparto di Terapia Intensiva Neonatale, dove vengono curati sia i neonati estremamente prematuri che quelli a termine, affetti da varie patologie. Si tratta di un percorso di osservazione dello sviluppo dei bambini a partire dalla dimissione dal reparto fino ai 5 anni di età. Il follow-up si struttura oltre che come fase del monitoraggio sugli esiti a distanza dei gravi pretermine, anche come spazio di consulenza alla genitorialità in rapporto all'evento problematico della nascita prematura.

È nell'ambito dello spazio del follow-up che Lorenzo riferisce alla psicologa, coordinatrice di tale attività, che la coppia sta attraversando un periodo difficile: sono insieme da quando avevano 13 anni, ma ora stanno pensando di separarsi e vorrebbero un aiuto per sapere come comportarsi con la bambina. La psicologa propone a Lorenzo e a Sara una serie di incontri di consulenza alla genitorialità.

Dopo i primi colloqui la psicologa, che ha colto l'angoscia della coppia nell'affrontare la crisi di un rapporto vissuto in modo simbiotico, ne parla a due tirocinanti psicologhe con una formazione clinica, con l'ipotesi che possa essere utile esplorare la domanda che Lorenzo e Sara stanno portando e che sembra non esaurirsi nella richiesta di essere sostenuti come genitori.

Lorenzo e Sara portano un problema che non sembra potersi collocare rigidamente nel settore della genitorialità: Lorenzo ha evidentemente utilizzato lo spazio del follow-up come pretesto per parlare dei problemi non della coppia genitoriale ma della coppia coniugale che forma con Sara.

Come ha risposto in termini organizzativi il Servizio di fronte alla novità di questa richiesta?

La psicologa coordinatrice del follow-up concorda con le due tirocinanti l'utilità di proporre alcuni colloqui di accoglienza individualmente con Lorenzo e con Sara, che si dicono subito interessati. Su queste premesse, vediamo che significato assumono i colloqui di accoglienza nel lavoro che il servizio ha intrapreso con Lorenzo. Fin dai primi incontri con la psicologa tirocinante, la proposta di relazione di Lorenzo sembra riprodurre la dinamica organizzativa che caratterizza il rapporto tra i genitori dei bambini prematuri e il reparto di terapia intensiva neonatale: si ha cura dei neonati prematuri e ci si occupa di educare i genitori affinché diventino capaci di accudire i loro figli quando lasceranno l'ospedale. Lorenzo sembra infatti assumere la posizione di chi ne sa poco e si aspetta che la psicologa lo istruisca sul da farsi: nel corso dei colloqui si rivela particolarmente impegnativo aiutarlo ad abbandonare l'agito di queste fantasie di adesione passiva nella relazione con il Servizio. Ma proprio a partire dal lavoro sulle dinamiche emozionali che hanno caratterizzato il rapporto tra Lorenzo e la psicologa tirocinante, è stato possibile esplorare il problema che Lorenzo portava al Servizio: la sua paura di "non esistere" se non conformandosi alle attese degli altri.

È stato dunque utile che il Servizio non si sia limitato ad etichettare Lorenzo come genitore da istruire, secondo una visione restrittiva e rigida degli obiettivi del reparto. Pensiamo che il problema di Lorenzo non sarebbe stato compreso dal Servizio di psicologia, se la sua richiesta di diventare un "buon genitore" non fosse stata esplorata, ma reificata attraverso la pratica istituzionale della consulenza alla genitorialità.

In questo senso capire dove si è, e chi si è quando si esercita la psicoterapia, fornisce occasioni per comprendere quello che sta avvenendo nella relazione terapeutica. La comprensione della dimensione organizzativa che caratterizza il contesto operativo a cui viene portata la domanda diventa così uno strumento determinante per la risposta del singolo professionista e per l'approccio che questi darà alla sua consulenza.

Alla distinzione tra fatti e vissuti nell'accoglienza è dunque congruente, nella pratica della psicoterapia, una specifica attenzione alla dimensione di contesto: la psicoterapia nei Servizi non può operare in modo a-contestuale, omologandosi alle prassi correnti nella pratica privata.

Riprendiamo ora il caso 2 sopra evocato, quello di Giovanna. Lo proponiamo per mettere in evidenza come una diagnosi iniziale di depressione, pensata come problematica di cui potesse occuparsi un unico operatore, uno psicologo, si sia esplicitata in una dinamica relazionale che ha portato ad implicare anche l'SPDC e due psichiatri del CSM. L'aspetto interessante di questo caso è che il Servizio ha cercato in vari modi di tenere in piedi il rapporto con la paziente, nonostante i suoi continui attacchi, riorganizzando l'assetto di lavoro che aveva progettato inizialmente.

Vediamo meglio tale aspetto ripercorrendo le varie fasi dell'intervento a partire dall'accoglienza.

Giovanna, come abbiamo già detto, ha 31 anni e si rivolge a un CSM su consiglio della zia che la vede molto depressa. Come detto in precedenza, sul foglio di accettazione l'infermiere scrive che il problema per cui viene richiesto l'intervento è un recente lutto e la perdita di peso.

Al primo colloquio con lo psicologo e la psicologa tirocinante, avvenuto dieci giorni dopo, Giovanna parla del

suo malessere legato alla rottura del rapporto con il fidanzato, che chiameremo Roberto. L'uomo non sopporta più alcuni suoi comportamenti tra cui le continue richieste di rassicurazione sulla tenuta del loro rapporto. Al disagio per questa rottura si aggiunge la perdita di entrambi i genitori: la madre circa tre mesi prima per una lunga malattia; il padre sei anni fa per un infarto. Secondo Giovanna, Roberto le ha dato il coraggio per affrontare la perdita dei genitori, incoraggiandola a uscire e a distrarsi. Giovanna racconta della sua difficoltà nell'affrontare questo momento e del suo non riconoscersi in alcuni comportamenti che mette in atto nei confronti di Roberto, come ad esempio il chiamarlo insistentemente o il mandargli via sms messaggi provocatori nel tentativo di controllarlo. Giovanna propone la stessa modalità relazionale anche ai due psicologi, quando alla fine del primo colloquio mostra con urgenza di volere un secondo appuntamento nel più breve tempo possibile: sembra difficile per lei attendere e convenire delle regole.

Nei colloqui successivi Giovanna, avendo ripreso la relazione con Roberto, riferisce alla psicologa tirocinante di vivere momenti di profonda ambivalenza rispetto al loro rapporto: da un lato emerge la dipendenza che nutre nei confronti dell'uomo, dall'altro la sfiducia. Questa sua modalità di porsi in rapporto all'altro si manifesta anche all'interno della relazione con la psicologa, esprimendosi tra l'altro nel disdire più volte gli appuntamenti.

Si comincia intanto a lavorare sui vissuti di Giovanna, sul suo bisogno di controllare l'altro. Nel tempo Giovanna sembra non riuscire a tenere il rapporto, fino ad arrivare ad agire il suo disagio. Per ben due volte la paziente mette in atto un tentativo di suicidio ingerendo una dose eccessiva di ansiolitici e viene ricoverata in SPDC, dove viene trattata farmacologicamente e inserita in un gruppo terapeutico.

Come Servizio che si occupa della salute mentale, il CSM sta lavorando anche con la famiglia di Giovanna, costituita dalla sorella e dalla zia: tale lavoro era già cominciato in SPDC dallo psichiatra e dall'assistente sociale dell'ospedale. Questo intervento ha come obiettivo il rendere consapevoli le due congiunte di Giovanna del significato dei gesti e dei comportamenti da lei compiuti, con l'obiettivo di aiutarle a individuare loro un modo più soddisfacente di rapportarsi a lei.

Questo caso ci sembra interessante rispetto ad alcune questioni cruciali.

La domanda portata inizialmente da Giovanna sembra rientrare nella sfera dei problemi emotivi comuni: una domanda individuale, quindi, trattabile nel rapporto a due con lo psicoterapeuta. Successivamente, il tentato suicidio attiva gran parte del Servizio di Salute Mentale: entra in gioco l'SPDC e gli psichiatri del CSM: una psichiatra conduce un gruppo terapeutico in cui la paziente viene inserita, un'altra si occupa di calibrare il piano farmacologico prescritto all'SPDC. È inoltre importante mettere in evidenza come il CSM, in particolare chi si occupa dell'accoglienza, concentri la sua attenzione sulla problematica manifesta (i "fatti") dichiarata da Giovanna: il problema centrale sembrano essere il lutto importante avvenuto pochi mesi prima e il dimagrimento, con la complicazione di un rapporto difficile con la sorella (non registrato in accoglienza ma emerso al primo colloquio). Tutte questioni che passeranno in secondo piano nel lavoro successivo con la psicologa.

La nostra ipotesi è che Giovanna agisca nella relazione con il Servizio e con la psicologa, una proposta relazionale strettamente connessa con le problematiche che la porteranno, tra l'altro, ai tentativi di suicidio. La poca tolleranza della paziente verso i limiti della realtà — come ad esempio i tempi di attesa del Servizio — e la sua difficoltà nel mettersi in rapporto con la psicoterapeuta sembrano evidenziare, come questione centrale, una dinamica relazionale basata sulla fantasia di poter controllare l'altro e la realtà (Carli & Paniccia, 2002); fantasia onnipotente che viene vanificata da eventi traumatici quali i lutti per i genitori e la fine della relazione con il fidanzato. Per Giovanna sembra impossibile tollerare e accettare tutto questo. Quindi potremmo leggere il vissuto di depressione rilevato dall'accoglienza come espressione della frustrazione della fantasia di controllo dell'altro.

La proposta relazionale della paziente orienta l'intervento psicologico-clinico: in altre parole è la dimensione simbolica della domanda che arriva al servizio che diviene oggetto del progetto terapeutico ed è per questo motivo che l'accoglienza rappresenta un momento importante.

Vediamo un altro caso in cui la domanda si presenta apparentemente sotto forma di ansia reattiva a eventi di vita negativi. Si tratta di un caso che arriva ad un Servizio con una diagnosi ben circoscritta; diagnosi che non viene utilizzata dal Servizio stesso come unico organizzatore della relazione con lui e delle modalità di intervento.

Antonio, 48 anni, si rivolge al CSM per stati di ansia e difficoltà a dormire. Il primo colloquio viene effettuato da uno psichiatra dell'équipe di accoglienza, che utilizza come riferimento metodologico l'Analisi della Domanda. Lo psichiatra valuta che Antonio non abbia bisogno di psicofarmaci: concordano che sia invece utile intraprendere un percorso di consulenza psicologica di cui si occuperà una psicologa tirocinante.

Nel primo incontro con la psicologa, Antonio dice di essersi rivolto al Servizio perché 8 anni prima ha avuto un "attacco di panico", che è stato per lui un episodio molto angosciante, e teme che l'ansia attuale sia l'avvisaglia di una nuova crisi. Nel colloquio Antonio parla alla psicologa anche di due esperienze frustranti che sta vivendo da un lungo periodo: da circa 10 anni Antonio e sua moglie stanno provando ad avere un figlio; non "potendone avere naturalmente" hanno intrapreso un percorso di adozione, dapprima nazionale e più di recente internazionale, sottoponendosi a numerose prove e colloqui di idoneità. Malgrado i loro sforzi fino ad oggi non hanno ancora ottenuto una risposta, la situazione sembra "bloccata", Antonio dice di sentirsi "svuotato" da questa esperienza.

Ma c'è un'altra criticità. Di recente Antonio e sua moglie hanno intrapreso un procedimento legale contro i fratelli di lei per questioni ereditarie. Antonio dice alla psicologa di essere arrabbiato all'idea che ci siano delle risorse economiche che gli spettano di diritto, e grazie alle quali lui e sua moglie potrebbero realizzare dei loro progetti, ma che queste sono "bloccate" chissà ancora per quanto tempo.

Quali emozioni Antonio porta nella relazione con la psicologa?

Soffermiamoci sulla dimensione di "potenza" (risorse *in-potenza* come quelle economiche o il generare) che è qui portata e trasformata emozionalmente in *im-potenza*: non poter trasformare; ovvero non poter "sbloccare" le proprie risorse. La proposta relazionale che organizza, almeno inizialmente, la domanda può essere efficacemente compresa attraverso la categoria neo-emozionale della *pretesa*. Antonio e la psicologa concordano di iniziare un percorso di consulenza che durerà 8 incontri, a cadenza settimanale, ma Antonio dice di non poter garantire di venire ogni settimana all'incontro, perché ha da poco iniziato un nuovo lavoro che non gli consente di prevedere quanto sarà impegnato. *Pretende* che la psicologa gli dia la propria disponibilità, senza che venga assunto un impegno reciproco. Pretende inoltre che nell'esperienza con la psicologa i suoi problemi lavorativi vengano scissi, rimanendo una sfera che lui vive fuori, nella fantasia che con la psicologa si parlerà solo dei problemi familiari. La psicologa propone ad Antonio di capire quale sia il significato simbolico del concordare un tempo per la consulenza: è il prendere l'impegno di occuparsi insieme di un problema che si conviene importante, interessante; se Antonio si è rivolto al Servizio nel momento in cui sta vivendo una fase di avviamento nel suo sviluppo professionale, questa è forse una dimensione su cui può investire emozionalmente, e la psicologa può aiutarlo a riconoscere i vissuti con cui sta affrontando questo cambiamento. Dirà Antonio in proposito di essere insoddisfatto del suo lavoro: fa il rappresentante di abbigliamento, e sebbene si impegni molto e abbia dei riconoscimenti, sente di farlo solo per dovere e necessità.

Anche nel rapporto con la psicologa, Antonio si pone inizialmente come se fosse privo di desideri, istituendo i primi incontri con una modalità caratteristica: quando arriva si siede dicendo, con un sorriso di compiacimento, che ha fatto molta fatica a venire ma ce l'ha fatta, rimane in silenzio e poi aggiunge "mi dica lei qualcosa, non so di cosa parlare". Pretende dunque che sia la psicologa a dirgli qualcosa di interessante, a suggerirgli un tema di cui parlare, attribuendole il potere di chi dirige il rapporto ma anche aspettandosi che la psicologa dipenda da lui e si senta gratificata per il solo fatto che lui la interpellì. In seguito pretenderà che la psicologa avalli le sue rivendicazioni verso i familiari della moglie come sacrosante o pretenderà che la psicologa faccia o dica qualcosa che possa infondere in lui nuova speranza, che lo risarcisca con parole potenti e meravigliose di ciò che si aspettava, e non ha ottenuto, da sua moglie.

Se la psicologa avesse colluso con le pretese di Antonio, prendendosi il ruolo emozionale di "esperto" del

rapporto terapeutico, avrebbe messo la relazione in uno scacco senza via di uscita. Perché chi pretende non vuole soddisfazione: la pretesa mira al possesso dell'altro entro la relazione e non ammette che la relazione realizzi una cosa terza (Carli & Paniccia, 2002). Non colludere con la pretesa è emozionalmente molto faticoso, e la psicologa si è sentita chiamata in una continua sfida, investita di un potere e al contempo minacciata dalla diffidenza di Antonio sulla sincerità del suo interesse per lui e sulla sua capacità di capirlo. Come dire che anche il potere delegato alla psicologa era "in-potenza"; nella sfida costante di revoca, di un tirarsi fuori dal rapporto (esserci ma non esserci come modalità di stare nell'ambiguità) come modalità di mettere in scacco la produttività e la realizzabilità delle risorse bloccate.

Nel prosieguo del lavoro è stato possibile per Antonio sospendere la propria identificazione inossidabile con la fantasia di pretesa, giungendo anche a sorridere con la psicologa delle aspettative onnipotenti della propria fantasia e iniziando a intuire i costi di questo modo di simbolizzare e agire le relazioni.

Pensiamo che i casi appena resocontati rappresentino un significativo ancoraggio per cominciare a fare alcune considerazioni sulla tipologia di domande che vengono rivolte ai CSM e alle Unità di Psicologia ospedaliera.

Un problema comune, spesso centrale, sembra essere quello della perdita, strettamente connesso con il vissuto di *impotenza*: qual è il significato di questa dinamica emozionale? L'impotenza è il deporre le armi, il rinunciare a misurarsi in un conflitto: l'impotenza conflittuale sembra essere dunque la risposta alle fantasie onnipotenti. E sembra che i disturbi emotivi comuni, intesi come quelle problematiche diffuse che vengono proposte al Servizio, siano l'espressione di vissuti di impotenza e di conseguente perdita.

In questo senso il nostro obiettivo può essere di trattare la perdita non nel senso di trovare una soluzione, ma di pensare insieme al paziente come si relaziona, come sta in rapporto a quella perdita. Il problema di Giovanna, ad esempio, come anche di Antonio, si organizza proprio intorno al nucleo onnipotenza/impotenza: l'esserci e il non esserci nelle relazioni come forma di controllo e quindi di onnipotenza: così come il tentato suicidio, il massimo dell'onnipotenza in quanto farsi fuori dalle relazioni.

Questo breve excursus sulle domande che arrivano ai Servizi ci suggerisce un interessante campo di lavoro: i problemi per cui le persone si presentano ai Servizi, se visti come risorsa per il funzionamento dell'intera struttura, possono offrire categorie per mappare le situazioni di crisi di un territorio e per individuare obiettivi di prevenzione.

Bibliografia

Carli, R. (2009). Il tirocinio nelle strutture di salute mentale, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-16.

Carli, R. (2011). Malati psichiatrici e domanda psicoterapeutica nei servizi di Salute Mentale, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 134-147.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli

Paniccia, R.M., Di Ninni, A., & Cavalieri, P. (2006). Un Intervento in un Centro di Salute Mentale. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 80-95.