

## Organizational competence as a psychological function in Mental Health Centers

*Guglielmo Propersi\**

### *Abstract*

The paper uses reporting methodology to discuss the psychological function in Mental Health Centers (MHC). It is proposed that psychology works to promote organizational competence, in order to develop the service towards sustainable and functional directions. The discussed subject takes place within an internship experience through which the context of the MHC and the primary issues that it encounter in relation to the demand of citizens are known.

The social mandate of the Mental Health Centers and the structuring of psychology within them are reconstructed, to contextualize the objectives pursued in a psychotherapeutic intervention with a person diagnosed in the frame of mood disorder.

The difference between a methodology that aims at the cure-correction of the deficit and one that aims to a methodological learning for the development of the individual-context relationship is deepened. The proposal is that intervening in the relationship between the individual and the context can treat problematic aspects that can be overlooked, especially if we look at psychotherapy as an acontextual technique that intervenes to cure the individual.

*Keywords:* Mental Health Center; psychoanalysis; internship; psychological function; organizational competence.

---

\* Clinical Psychologist in Across APS, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychology And Analysis of Demand. E-mail: [guglielmo.propersi@gmail.com](mailto:guglielmo.propersi@gmail.com)

Propersi, G. (2021). La competenza organizzativa come funzione psicologica nei Centri di Salute Mentale [Organizational competence as a psychological function in Mental Health Centers]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 9(1), 68-79. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

## La competenza organizzativa come funzione psicologica nei Centri di Salute Mentale

*Guglielmo Propersi\**

### *Abstract:*

In questo articolo si utilizza la metodologia della resocontazione per discutere la funzione psicologica nei Centri di Salute Mentale (CSM). Si propone che la psicologia lavori alla promozione della competenza organizzativa, in modo da sviluppare il servizio verso direzioni utili e sostenibili. L'intervento discusso si colloca in una esperienza di tirocinio, attraverso la quale si conosce il contesto del CSM e i principali problemi che incontra in rapporto alla domanda di chi vi si rivolge. Viene ricostruito il mandato sociale dei Centri di Salute Mentale e lo strutturarsi della psicologia al loro interno, in modo da contestualizzare gli obiettivi perseguiti in una psicoterapia con una persona diagnosticata nell'ambito dei disturbi emotivi comuni.

Si approfondisce la differenza tra una metodologia che punta alla cura-correzione del deficit e una che mira ad un apprendimento metodologico per lo sviluppo del rapporto individuo-contesto. La proposta è che intervenire sul rapporto individuo-contesto possa trattare aspetti problematici che non vengono visti quando si guarda alla psicoterapia come tecnica acontestuale che interviene per curare l'individuo.

*Parole chiave:* Centro di Salute Mentale; psicoanalisi; tirocinio; funzione psicologica; competenza organizzativa.

---

\* Psicologo Clinico presso Across APS, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: [guglielmo.propersi@gmail.com](mailto:guglielmo.propersi@gmail.com)

Propersi, G. (2021). La competenza organizzativa come funzione psicologica nei Centri di Salute Mentale [Organizational competence as a psychological function in Mental Health Centers]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 9(1), 68-79. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

## Premessa

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale italiano e delle sue articolazioni regionali, il Centro di Salute Mentale (CSM) è il servizio territoriale deputato al coordinamento degli interventi che trattano i problemi psichici dei cittadini. È parte del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), che comprende anche il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le strutture semiresidenziali e residenziali. Attualmente la domanda rivolta al CSM può essere suddivisa in due aree: da un lato quella della malattia mentale, ovvero dei casi complessi, e dall'altro quella dei disturbi emotivi comuni (DEC) (Carli, 2011; Vari, 2014).

Nel corso degli ultimi anni, anche in rapporto alla progressiva diminuzione di risorse, il mandato istituzionale rivolto al Centro di Salute Mentale ha sempre più sollecitato l'impegno a considerare prioritario l'intervento con i casi complessi, limitando quello con i pazienti diagnosticati nella sfera dei DEC (Ministero della Salute, 2013). Tuttavia, l'area dei disturbi emotivi comuni rappresenta la maggior parte delle nuove domande ai CSM (Ministero della Salute, 2016) e il suo trattamento si configura sovente come la principale area di tirocinio per gli psicologi specializzandi. La fantasia di curare disturbi mentali che spesso organizza questi servizi, la richiesta di aiuto da parte dei pazienti e l'intento degli specializzandi di sperimentarsi come terapeuti, possono colludere<sup>1</sup> con la messa in atto di una tecnica psicoterapeutica invariante, che mira alla correzione dei fenomeni clinici considerati scarto dal modello di funzionamento ideale. Considerando il drastico calo degli psicologi nei servizi pubblici (www.siep.it), c'è da chiedersi quale utilità abbia questo modo di intendere la funzione psicologica. Ridurre la psicologia clinica alla tecnica psicoterapeutica volta alla cura porta ad un grande spreco di risorse (Scala, 2007; Vari, 2014) e lascia invariati problemi molto impattanti per l'organizzazione, come quello di un numero di accessi sempre più alto a fronte di risorse sempre più scarse (Starace, Rossi, Baccari, & Gibertoni, 2019).

Nei CSM, la professione psicologica che opera attraverso interventi volti a curare il paziente è confrontata con il senso di impotenza che l'obiettivo di curare i disturbi mentali comporta, creando il vissuto di svuotare il mare con una tazzina. Se invece la funzione psicologica viene declinata come promozione di competenza organizzativa, può rappresentare un'alternativa in grado di sviluppare il servizio verso direzioni più sostenibili e funzionali (Vari, 2018). In questo senso può lavorare utilmente all'elaborazione delle simbolizzazioni emozionali che caratterizzano il rapporto individuo-contesto (Carli & Paniccia, 2003a).

Ponendosi nella prospettiva di sviluppare la competenza organizzativa, conviene innanzitutto disambiguare il significato di questo termine. Le teorie classiche dell'organizzazione hanno studiato quest'ultima sotto il profilo dei ruoli, delle funzioni, delle divisioni del lavoro e dei meccanismi di funzionamento; le teorie economiche ne hanno studiato l'evoluzione dal punto di vista della programmazione e della razionalizzazione dei processi (Di Ninni, 2004). Guardando a questi due filoni teorici emerge l'idea che la competenza organizzativa sia una capacità propria di un sistema o una *soft skill* che permette di gestire impegni e mansioni in modo efficace. In questo articolo la competenza organizzativa viene invece intesa come capacità di riconoscere e sviluppare il contesto in cui si è iscritti – famiglia, servizi, luogo di lavoro, etc. – per facilitarne il raggiungimento di obiettivi (Carli & Paniccia, 2003). Questa competenza non è tecnica ma metodologica e consiste nell'interpretare i modelli culturali del contesto in cui si opera, insieme alla domanda del cliente<sup>2</sup> che ad esso si rivolge (Bellavita, 2017). Non va confusa con la capacità di gestione manageriale, anche se alcune categorie di analisi organizzativa possono trovarsi in entrambe (Carli, 2001). Come cercherò di chiarire nel corso dello scritto, questa competenza non si riferisce a individui ma a relazioni e concerne lo sviluppo dell'organizzazione, intesa come prodotto delle culture che organizzano le sue finalità, obiettivi, ruoli e funzioni.

---

<sup>1</sup> Per collusione si intende il processo di condivisione delle emozioni attraverso la simbolizzazione affettiva del contesto da parte di chi a quel contesto partecipa (Carli & Paniccia, 2003a).

<sup>2</sup> Con il termine domanda si fa riferimento ad un modello psicologico clinico, sviluppato da Renzo Carli a partire dagli anni '80, che intende la domanda come la simbolizzazione affettiva agita nel rapporto con lo psicologo. Con i termini cliente e utente si fa riferimento a due modi differenti di simbolizzare il fruitore di un intervento o servizio. Il cliente è colui che può spendere nei contesti a cui partecipa quello che ha costruito nel rapporto con l'intervento o il servizio a lui rivolti. In questo senso il cliente ha sempre un cliente a sua volta. L'utente è colui che usufruisce di qualcosa partendo da un suo stato di bisogno, colmato il quale termina l'uso che può fare di ciò che ha costruito in rapporto all'intervento o al servizio (Carli & Paniccia, 2003a).

## *Contesto d'intervento*

Il funzionamento del CSM è il prodotto di un'interazione con il territorio che nel corso degli anni ha cambiato il mandato e il funzionamento del servizio, fortemente influenzato dal rapporto tra domanda di accesso e offerta dell'organizzazione (Vari, 2018). Nella storia quarantennale dei servizi di salute mentale possiamo rintracciare tre fasi, non cronologicamente separate, che rappresentano dimensioni culturali<sup>3</sup> la cui prevalenza cambia nel tempo (Carli & Paniccia, 2011; Di Ninni, 2004).

- La prima è quella caratterizzata dalla deistituzionalizzazione successiva alla legge n. 180/78, che prevede la chiusura dei manicomi. Nonostante la cultura prevalente sia quella militante della deistituzionalizzazione, la domanda di accesso ai servizi è una domanda oblativa, in arrivo attraverso l'eredità manicomiale.
- La seconda fase, intorno agli anni '90, è segnata dalla centralità della dimensione tecnica: le psicoterapie di diverso indirizzo rappresentano l'azione prevalente nel trattamento dell'utenza. Questo è anche il periodo in cui avviene l'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale.
- La terza fase, che arriva fino ai giorni nostri, è quella in cui si assiste ad un forte cambiamento organizzativo: nei DSM confluisce, tra l'altro, sia l'assistenza a pazienti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che l'assistenza a pazienti tossicodipendenti. Nel Lazio l'accorpamento delle ASL, e quindi dei DSM, favorisce la diminuzione dei presidi territoriali rivolti alla salute mentale. Tutto ciò ha comportato una forte diminuzione del personale e dell'accessibilità ai servizi a fronte di una domanda in costante crescita ([www.siep.it](http://www.siep.it)).

Si può dire che nel processo che porta dal Centro di Igiene Mentale (CIM), istituito con la legge n. 431/1968, al CSM, fondato con il Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale 1994 – 1996 (decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994), un'istituzione psichiatrica deputata all'intervento sulla malattia mentale si trasforma in un servizio che accoglie domande sempre più motivate da problemi di convivenza sociale. Questo cambiamento porta al passaggio da un'organizzazione a forte connotazione psichiatrica ad una imperniata su una doppia tecnicità: medico psichiatrica da una parte, psicoterapeutica dall'altra. In entrambi i casi l'obiettivo dell'intervento resta la cura della patologia (Vari, 2018). Agli inizi degli anni '80, con il prevalere delle domande di trattamento degli stati ansiosi, la psicoterapia si struttura nei servizi di salute mentale come alternativa al crescente utilizzo di ansiolitici. È in questo periodo che nasce il raggruppamento diagnostico dei Disturbi Emotivi Comuni. Tutto ciò ha l'effetto di affiancare alla psicoterapia volta alla conoscenza una psicoterapia volta all'attenuazione del sintomo. La psicologia come professione in grado di leggere le dinamiche relazionali tra gli attori in campo, quindi di sviluppare competenza organizzativa, resta marginale, producendo progressivamente la sua riduzione a una varietà di tecniche psicoterapeutiche che, usate come alternativa ai farmaci, ha come obiettivo la cura dei disturbi mentali.

L'attuale concentrazione di risorse sui casi complessi piuttosto che sui DEC, così come la prassi orientata alla cura, hanno le loro radici nella storia delle strutture deputate al trattamento dei disturbi mentali: manicomi, CIM, CSM. Seppure il mandato sociale del CSM si è modificato nel tempo, accogliendo una domanda sempre più legata ai disturbi emotivi comuni, conserva nella sua cultura una dimensione di trattamento della devianza e della malattia mentale tipica delle istituzioni psichiatriche. La psicologia, che a partire dagli anni '80 è entrata nei servizi di salute mentale, poggia quindi su un piano ambiguo che porta ad una prassi di intervento traballante dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza (Scala, 2007).

Il tirocinio di specializzazione nel CSM può offrire allo psicologo la possibilità di ripensare questi assetti attraverso le specificità del suo ruolo e della sua professione (Vari & Bernardini, 2011). Il documento MIUR sulla funzione del tirocinio in psicoterapia (MIUR, 2017), specifica infatti che lo specializzando deve acquisire competenze pratiche e verificare l'efficacia dell'approccio dell'Istituto di formazione da cui proviene. Nell'esperienza resocontata, il ruolo di tirocinante ha permesso di verificare che riconoscere i limiti del

---

<sup>3</sup> Con il termine cultura si intende un processo collusivo organizzato dalla condivisione delle emozioni di chi partecipa allo stesso contesto (Carli & Paniccia, 2003b).

contesto, ad esempio la durata predefinita dell'intervento, esplicita l'inadeguatezza di una psicoterapia intesa come trasposizione di ciò che si mette in pratica negli studi privati.

Il tempo può essere preso come un elemento che nel caso del CSM caratterizza il contesto in cui ci si incontra, con una storia, un mandato sociale e obiettivi specifici, diversi per esempio da quelli di uno studio privato. In questo senso, riconoscere il contesto in cui ci si trova riguarda la competenza organizzativa, e si può sviluppare attraverso un intervento che guarda alla relazione paziente-psicologo-CSM piuttosto che all'individuo. Il riconoscimento del contesto è parte di una metodologia che può utilmente orientare la prassi di intervento nei servizi di salute mentale, senza la quale la psicoterapia si trasforma in una tecnica invariante che lascia inevasi molti problemi (Scala, 2007; Vari & Bernardini, 2011; Vari, 2014.). Si pensi ad esempio alle risorse limitate dei servizi, cui si associa la durata dell'intervento o la mancanza di personale; alla domanda che arriva ai CSM che spesso riguarda problemi psicosociali e per i quali l'obiettivo della cura risulta incoerente; al ruolo del tirocinante che può essere vissuto come un impegno/peso da parte del servizio e non come una risorsa attiva ed utile. Ancora, utilizzare il limite temporale del tirocinio può servire a pensare l'uso che viene fatto del servizio e a esplorare i problemi di convivenza che le persone vi portano, per tradurre il mandato sociale<sup>4</sup> dei CSM in committenza.

Si è lavorato a questo scopo attraverso l'analisi della domanda (Carli & Paniccia, 2003a), intesa non come una fase preliminare dell'intervento, da sostituire alla diagnosi, ma come un modello di intervento che esplorando le simbolizzazioni affettive di chi si rivolge allo psicologo, ne analizza la proposta relazionale, utile informazione sul problema che la persona incontra nei suoi contesti di convivenza.

Si può dire che l'analisi della domanda comporta un processo di continuo cambiamento, ove la domanda è la chiave di conoscenza della relazione psicologo-cliente-problema; una conoscenza che porta allo sviluppo del rapporto. Il prodotto di questa conoscenza non è l'acquisizione di un sapere da applicare altrove, ma si configura come processo di apprendimento metodologico nella comprensione dei vissuti che organizzano le relazioni, nel qui e ora come nel là e allora.

### ***L'esperienza di tirocinio: Fase istituyente del lavoro con I.***

L'equipe del CSM in cui inizio il tirocinio ad aprile 2018 è composta da psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, tirocinanti e volontari. Per capire come funziona il servizio, lavoro inizialmente con A., il mio tutor psichiatra, nella stanza in cui riceve i pazienti e partecipando alle riunioni di équipe che si tengono settimanalmente. A. mi parla della grande mole di lavoro cui è sottoposto il CSM: c'è un grande numero di accessi a fronte di una scarsità di risorse, frutto anche del recente cambiamento organizzativo che ha visto l'accorpamento di più Dipartimenti e ASL. Faccio allora seguito al desiderio che avevo condiviso con lui di occuparmi di percorsi psicoterapeutici e cerco di promuovere l'idea che il tirocinio possa essere una risorsa per il CSM. Si va costruendo un rapporto in cui il servizio tende alla cura dei casi clinici e lo specializzando vuole sperimentarsi nella pratica psicoterapeutica. Colgo il vissuto problematico di cui parla il mio tutor e mi propongo come risorsa in grado di aiutarlo nella presa in carico delle richieste che arrivano. Con il procedere del lavoro mi diventerà più chiaro che la risorsa rappresentata dal tirocinio non è alleggerire il CSM di qualche caso, ma pensare che la competenza organizzativa è una necessità del contesto, al cui sviluppo può contribuire la funzione psicologica dalla posizione di tirocinante.

Poco dopo, in una visita congiunta con il tutor, conosco I., un uomo con diagnosi di depressione che si è rivolto al servizio circa un anno prima, lamentando insonnia e umore depresso a seguito del recente licenziamento. Al CSM segue una terapia farmacologica per stabilizzare il ritmo sonno-veglia e incontra A. una volta al mese. Nell'incontro a cui partecipo, I. aggiorna il mio tutor sull'andamento dell'assunzione dei farmaci e descrive i suoi sintomi come invadenti e scomodi, tanto più che è abituato ad uno stile di vita completamente diverso,

---

<sup>4</sup> Si fa riferimento a committenza e mandato sociale come a due categorie psicosociali strettamente collegate. Il mandato sociale è costruito dall'interazione di più istanze e indica le finalità socialmente desiderabili entro cui si situa l'intervento. Il suo indirizzo è l'espressione storicizzata di più articolazioni: dalle leggi all'opinione pubblica. Per committenza si intende quella forma di relazione in cui le generali finalità del mandato sociale vengono tradotte nei particolari problemi ed obiettivi concordati tra professionista e cliente (Paniccia, 2006).

radicalmente cambiato dopo il suo licenziamento. Dopo la visita mi viene proposto di lavorare con I. in un percorso psicoterapeutico: è un paziente non considerato grave, ovvero psicotico, e secondo il mio tutor una psicoterapia è il percorso più adeguato per lui. La depressione rientra nei disturbi emotivi comuni, un'area in cui solitamente i CSM lavorano con un intervento in cui uno psichiatra prende in carico la terapia farmacologica e uno psicologo si occupa della psicoterapia (Vari, 2018). In questa fase non approfondiamo gli obiettivi da perseguire nel lavoro con I., e il rapporto tra me e A. sembra colludere con l'implicito che si sappia cosa fa uno psicologo in un CSM e quali obiettivi persegua la psicoterapia in questo contesto.

### ***Il lavoro con I.***

Il primo colloquio con I. avviene alla fine di settembre 2018, in seguito ci incontreremo una volta alla settimana. I. è un uomo di mezza età, di una bellezza pacata. Ha uno stile curato ma come ingiallito, che invece doveva essere molto fresco ed elegante prima del licenziamento, nel lavoro come quadro in un'importante organizzazione della capitale. Da subito penso che mi è simpatico. Raccontandomi la sua storia riferisce di aver subito *mobbing* per poi essere licenziato; questo è l'evento critico<sup>5</sup> che lo porta a rivolgersi al CSM dopo aver interrotto una psicoterapia che non poteva più permettersi. Quando approfondiamo le motivazioni per cui si è rivolto al servizio, I. dice che era preoccupato per la sua salute: non dorme, respira affannosamente e si sente in una fase di stallo. Questo lo preoccupa e lo disorienta, tanto più che si descrive come una persona del tutto diversa, non abituata all'inattività e a questo sentimento di impotenza. Mi chiede come fare ad essere sereno, dicendomi che si sente come in apnea e non riesce a respirare bene. Nei primi due incontri parla del lavoro da cui è stato licenziato, descrivendolo con toni lamentosi. Torna più volte sul vissuto di essere in stallo e sulla richiesta di serenità, mi chiede come fare. Propongo che la sua sia una richiesta senza limiti e la collego all'impotenza che ha sperimentato al lavoro. Valorizzo le risorse che vedo, parlando del nostro rapporto come diverso da uno stallo. Nel terzo incontro parliamo del suo divorzio e gli propongo due fili rossi che percorrono i suoi racconti: le categorie di giustizia e ingiustizia con cui interpreta gli eventi che lo coinvolgono e la domanda di acquisire chiavi di lettura alternative attraverso il rapporto con il CSM. Mi sembra che giustizia e ingiustizia parlino del non implicarsi nelle emozioni e nei rapporti di cui parla, ovvero di valutare qualcosa da fuori, sulla base di una supposta norma che gli eventi e le relazioni dovrebbero seguire. D'altronde, se la norma non viene rispettata ce ne si può lamentare senza fine, come stava accadendo nel nostro incontro.

L'iniziale simpatia nei confronti di I. può avere riguardato la mia identificazione con lui, di cui mi sentivo responsabile. All'interno di una struttura pubblica come il CSM, in cui incontro professionisti con altre formazioni, volevo aiutarlo per dimostrare l'utilità della psicologia. In questo vissuto sembra tornare l'intento di legittimazione sociale della psicoterapia, tipico dei primi anni della ricerca sugli esiti (Migone, 1996). Vivo queste fantasie in modo intrusivo, come se mi facessero stare più attento a me che a I., e ho dovuto riconoscere il modo in cui mi stavo implicando per ascoltare cosa succedeva nel nostro rapporto in modo più attento. Nell'incontro successivo, I. dice che dopo la prima mezz'ora che parliamo riesce a respirare. Questa sensazione lo accompagna per due o tre giorni, senza prendere medicine. Sembra che quando I. è nel setting del nostro colloquio si posizioni in un modo in cui non è immerso nelle sue emozioni ma le può pensare; l'effetto che percepisce sul suo respiro non è dovuto all'agire sul sintomo, ma allo sperimentare un metodo di trattare le emozioni. Cerca di cambiare punto di vista ma tutto è immutato, "è come un labirinto in cui non riesco a vedere la prima lettera dell'alfabeto". Parliamo del suo non riconoscersi come una risorsa nella relazione che stiamo costruendo e di come ciò lo porti ad avanzare richieste come "mi aiuti ad essere sereno". Gli dico che essere sereno non è un obiettivo ma uno stato affettivo transitorio, una richiesta che parla del suo sentirsi con tutti i bisogni e nessuno strumento. Gli dico che "mi aiuti a essere sereno" e "voglio vedere le cose con altre chiavi di lettura" sono due posizioni molto diverse: la prima lo fa fuori, mentre la seconda lo implica in un processo da costruire.

Dopo il primo mese, in cui lavoriamo alla costruzione della committenza parlando del suo vissuto di essere bisognoso di aiuto e senza risorse, il suo modo di presentarsi e di parlare dei sintomi cambia: dai toni grigi e

---

<sup>5</sup> Per evento critico si intende un evento organizzativo che rivela una fenomenologia emozionale collusiva caratterizzante l'organizzazione in un dato momento (Carli, R., Paniccia, R.M., 2009).

monocolore che usava, passa a maglioni colorati e a un modo più accurato di vestirsi; riesce a respirare senza sforzo dopo che ci vediamo, fino a non fare più riferimento a questo problema; mi ringrazia alla fine delle sedute e mi comunica che riesce a dormire otto ore consecutive senza prendere farmaci; insieme a un suo conoscente cercano di sviluppare un'attività privata; nelle nostre riunioni, il tutor mi riferisce che I. si dice soddisfatto del lavoro che stiamo facendo insieme. La sua richiesta passa da "mi aiuti ad essere sereno" a "voglio conoscere me stesso, avere altre chiavi di lettura". Insomma, pare andare tutto bene, anche troppo. Mi chiedo con forza cosa sta succedendo nel lavoro con I.: il modo in cui parliamo di emozioni, relazioni e obiettivi gli è molto utile, tuttavia negli ultimi colloqui mi sento come se facessi lezione o avessi la risposta giusta. Lui sta lì per apprendere e io gioco la parte del terapeuta saggio che lo guida verso la comprensione, in un rapporto di rassicurante dipendenza.

In questo passaggio si può rintracciare la dimensione collusiva, omogenea e indivisibile della relazione. In tal senso, dipendenza è una categoria del rapporto, non dell'individuo. Le relazioni di I., compresa quella con il servizio, sembravano caratterizzati da una lamentela alla base di una dipendenza rassicurante, per quanto faticosa e costosa dal punto di vista psicologico.

Dopo circa un anno di lavoro il nostro colloquio si apre così: "Dove eravamo rimasti?" Poi risponde al telefono. Dopo aver riattaccato, riferendosi alla fase di stallo che sente nella sua vita, dice: "Mi sto abituando all'attesa. La sto subendo". Interpreto che il suo rispondere al telefono parli dell'abitudine di venire ai nostri incontri: una situazione in cui si può stare comodi ma che spreca risorse. Parliamo del modo di essere inconscio della mente (Matte Blanco, 1975/1981), cioè di quanto è disposto ad accettare che c'è un sé altro-proprio da scoprire. Dice che questo sarebbe un problema perché allora non si è mai conosciuto. Seguendo questa associazione parliamo del suo giudicarsi non preparato e di quanto lo faccia sentire male: non è mai stato impreparato, dice. I. sembra non fidarsi delle relazioni: possono essere basate solo sul potere, subito o esercitato sull'altro. Nel nostro rapporto questo si traduce nell'invito ad assumermi un ruolo di valutatore o di mentore, in cui lui può evitare di implicarsi, delegando, lamentandosi. Mettendo in relazione quello che succede nei nostri colloqui con il *mobbing* e il rapporto con la ex-moglie, gli dico che aspetta risposte che gli facciano svoltare la situazione, ma in tutto questo lui dov'è? Gli dico quindi che l'obiettivo del nostro lavoro può essere quello di pensare a come sta. I. chiude con insolito vigore: "Ci sto".

Nell'ultimo colloquio, a dicembre 2019, I. apre con delle domande a cui dice di aver pensato nell'ultimo periodo: "Dove sono, dove vorrei arrivare?". Parla del viaggio e di quanto sia più importante dell'arrivo. Attraverso i suoi racconti parliamo dei cambiamenti nel vedere se stesso come risorsa e di come abbia fatto esperienza dell'utilità di avere limiti: due sedute prima era arrivato in ritardo e non ricordava che quelli erano i nostri ultimi incontri; collegando questo evento con la domanda posta a inizio seduta, gli dico che anche nel rapporto con me e il CSM voleva capire dov'era. Racconta un aneddoto in cui, per raggiungere un luogo con la moto, aveva dovuto fare affidamento su di sé, visto che il navigatore non funzionava; interpreto che ora si riconosce delle risorse. Valorizzo il cambiamento che vedo rispetto all'iniziale richiesta di essere sereno, che esprimeva una dimensione atemporale e immobile, mentre ora il futuro sembra aver riacquisito una spinta forte nella sua vita. Parla di come essersi ripiegato su se stesso gli abbia fatto dissipare tempo e risorse; gli dico che mi sta parlando di quello che pensa abbia fatto nel CSM: anche nei nostri incontri ripiegarsi lamentosamente sui suoi problemi aveva oscurato limiti, obiettivi e risorse. Riconoscere questo modo di relazionarsi, pensandolo piuttosto che agendolo, era un prodotto del nostro lavoro che apriva importanti possibilità di cambiamento.

### ***Trasformazione e cambiamento***

A commento del lavoro con I., sarà utile approfondire la differenza tra cambiamento e trasformazione, due obiettivi terapeutici che presuppongono modelli di interpretazione della realtà differenti (Carli, 1976).

La trasformazione può essere intesa come un obiettivo per cui il trattamento tende a un punto di arrivo che già si conosce; il processo messo in atto è una trasformazione dallo stato A allo stato B. In questo caso si utilizza una metodologia che mira a correggere l'errore. Nel caso resocontato, se il paziente è depresso si lavorerà per il recupero della sua serenità, correggendo, per così dire, sentimenti ansiosi e impotenti. Questo è coerente con

il processo diagnosi-terapia-cura, in cui viene valutato il *deficit* della persona per riportarla al funzionamento normale (Stampa & Grasso, 2006). Un modello altamente funzionale per la prassi medica, ma molto meno per quella psicologica, che diagnosticando l'individuo si mimetizza con la medicina e perde la sua specificità e utilità. La diagnosi mette a carico di caratteristiche individuali e disposizionali ciò che avviene in un determinato momento e luogo, ovvero dentro la relazione. Ne consegue che il modello diagnostico esclude l'esplorazione e l'analisi della relazione (Carli, 2016).

Il cambiamento mira allo sviluppo della relazione individuo-contesto, promuovendo un pensiero su come viene vissuta questa relazione in termini di attese, motivazioni e desideri. La polisemia emozionale prodotta dall'incontro con l'altro viene analizzata per dare senso a quello che succede e conoscere i vissuti che organizzano la relazione. La metodologia usata è quella esplorativa, che permette di pensare le proprie emozioni come informazioni piuttosto che come errori da correggere. L'apprendimento che avviene attraverso l'esplorazione è duraturo in quanto metodologico, poiché rappresenta un modo di trattare i vissuti. L'apprendimento metodologico non si può costruire attraverso spiegazioni, ma solo tramite l'esperienza. Questo rappresenta un aspetto prettamente psicoanalitico della prassi utilizzata: sperimentare qualcosa nella relazione significa sentirlo ed esserlo nello stesso momento (Matte Blanco, 1975/1981). I. ha sperimentato che pensare a dove stava, quali limiti, obiettivi e desideri aveva, non erano questioni a cui dare risposta senza implicarsi, ma punti da sviluppare pensando al modo in cui si relazionava con il setting terapeutico e con il CSM.

Quando la psicoterapia si discosta dal potere dell'uno sull'altro e dalla trasformazione-cura pone al centro del suo lavoro una grande fiducia nell'altro. Rispettarlo nella sua alterità significa pensare che non diventerà qualcosa che già si conosce, ma che sarà chiunque voglia essere, interiorizzando una funzione capace di pensare i vissuti. Credo che occorra un grande amore e considerazione verso l'altro per lavorare al suo cambiamento piuttosto che alla sua trasformazione-cura. La cultura del cambiamento implica una libertà molto diversa dal controllo dei sentimenti e dei comportamenti dell'altro, tipici della cultura della trasformazione (Carli, 2018).

Nel lavoro resocontato riconoscere la dinamica controllante che stava organizzando il rapporto tra me e I., ha consentito a entrambi di non considerare gli agiti nella relazione come errori da correggere. Pensarne un significato, contestualizzarli entro il percorso che stavamo facendo, come nel caso della telefonata durante la seduta, ha contribuito alla costruzione di una relazione di fiducia, ove l'interesse a conoscere i vissuti prende il posto degli agiti di potere di uno sull'altro. Il lavoro terapeutico è consistito nella costruzione di competenza organizzativa, sviluppando attraverso l'analisi della domanda di I. la sua committenza all'intervento: gli obiettivi da perseguire sono stati un oggetto di riflessione costante che ha permesso di mettere in luce le modalità relazionali con cui I. si approcciava al CSM. La sua richiesta di essere sereno implicava non riconoscersi risorse e chiederne senza limiti all'organizzazione. Domandarsi dove era e dove voleva andare implicava invece riconoscere un potere limitato, quindi competente, a se stesso e all'organizzazione cui si era rivolto, capendo come costruire obiettivi veri e realistici: implicava la capacità di riconoscere i propri desideri, e acquisire un approccio metodologico ai propri vissuti che andava nella direzione di uno sviluppo creativo.

### ***Il tirocinio nel CSM: Dal caso clinico alla competenza organizzativa relativa al contesto***

Un aspetto significativo del tirocinio è stato riflettere su quale funzione svolgeva il mio lavoro: sentivo il rischio di slittare dal costruire una funzione psicologica a partire da un ruolo, alla fantasia di "fare psicoterapia". Pensare questi aspetti mi ha aiutato a capire che quando si lavora con un metodo che guarda al singolo invece che all'organizzazione, il contesto sembra evaporare: l'attenzione all'individuo non permette di cogliere la valenza relazionale di ciò che accade. Quello che rimane è una tecnica psicoterapeutica da attuare a prescindere dalla storia, il mandato sociale, i problemi dell'organizzazione in cui si colloca.

La tecnica è per definizione qualcosa che funziona quando si mette in pratica nelle condizioni in cui è nata, cioè di invarianza ambientale. La variabilità diventa qualcosa da controllare e indirizzare al giusto trattamento. Questo modello, altamente funzionale per la medicina, non può essere usato dagli psicologi nei CSM, il cui mandato può essere interpretato come occuparsi territorialmente di problemi di convivenza: se il problema è

quello della convivenza, l'obiettivo di intervenire per curare non è coerente con il problema. In questo ambito, più che alla cura dei fenomeni clinici considerati scarto dal modello ideale, la psicologia può lavorare efficacemente allo sviluppo del rapporto tra individuo e contesto o, in altre parole, allo sviluppo della competenza organizzativa.

Nel tirocinio, lo sviluppo del rapporto individuo-contesto ha comportato tenere insieme la consulenza rivolta a I. e l'attenzione all'organizzazione, riflettendo su quali problemi lo avevano spinto a rivolgersi al CSM, quali aspettative evocava in lui il servizio, quali risorse chiedeva, per quali obiettivi e considerando quali limiti. Lasciare da parte questi aspetti per concentrarsi sulla cura di fattori intrapsichici sarebbe stata un'operazione incoerente rispetto al problema che I. presentava e al luogo in cui lo aveva portato. In questo tipo di lavoro terapeutico, una risorsa che ha orientato i nostri colloqui è stato pensare al modo in cui si poneva rispetto all'intervento e quale domanda portava. Si pensi all'uso del tempo, limite utile del tirocinio, rispetto alla chiusura della psicoterapia. Questo aspetto, che chiamava in causa il CSM in cui ci trovavamo, ha organizzato il modo in cui I. ha ripensato i suoi problemi, le sue risorse e il nostro rapporto.

Risorse preziose sono state le riunioni di micro équipe con il mio tutor e le due colleghe tirocinanti. In questo spazio ci siamo confrontati sull'andamento e sui problemi che incontravamo nei casi che stavamo seguendo; erano momenti in cui parlavo con il referente per il CSM dei colloqui che portavo avanti, e in cui rintracciavo un punto di riferimento importante rispetto a questi interventi. Nelle riunioni ho parlato con i colleghi di alcune questioni che il lavoro evocava: il sentimento di isolamento che si poteva sperimentare nel CSM, la condivisione del lavoro terapeutico e farmacologico che svolgevamo con I., la necessaria riflessione sul suo percorso nel servizio. La micro équipe ha quindi affrontato alcuni degli argomenti che caratterizzano la cultura di un servizio di salute mentale: il rapporto tra i singoli interventi e il contesto più generale, gli obiettivi che si perseguono nelle psicoterapie, la valenza che il tempo assume nel trattamento.

Così come il rapporto con I. si è sviluppato verso un modo di elaborare i vissuti con i quali si relazionava ai contesti cui partecipava, anche quello con il servizio è stato orientato da un tracciato che abbiamo costruito sulla base di quali obiettivi, risorse e motivazioni avevamo nell'incontrarci. Questo tipo di relazioni implicano una crescita creativa e non prevedono un punto di arrivo unico: possono essere molto diverse dalle attese su come dovrebbero andare le cose. Ciò comporta che la competenza organizzativa, ossia la competenza a interpretare il contesto per facilitarne il raggiungimento di obiettivi, attiene alla relazione, non all'individuo. Non è qualcosa che si può trasmettere da una persona all'altra, poiché il singolo non ne è depositario, né qualcosa di attuabile in modo sempre uguale. La competenza organizzativa si produce in un rapporto sulla base delle sue peculiarità e, avendo alla base l'esplorazione della relazione, porta a qualcosa che non si può programmare a priori.

Si può dire che nei suoi vari assetti il tirocinio ha seguito il filo rosso di provare a costruire un senso condiviso con il servizio dell'intervento con I.; ricucire il caso clinico con il contesto ha significato considerare il contesto non come lo sfondo sul quale si articolava la mia esperienza, ma come l'insieme delle simbolizzazioni emozionali che condividevo con chi partecipava al CSM. Questo ha permesso di pensare la fase iniziale del tirocinio, durante la quale ho affiancato il mio tutor, non come un'attesa del vero lavoro che sarebbe arrivato con un caso da seguire in terapia, ma come un momento prezioso in cui conoscere il funzionamento di un Centro di Salute Mentale, la sua cultura e i suoi utenti. Attraverso le visite ai pazienti o nei momenti più informali come le pause che il lavoro permetteva, abbiamo creato un rapporto di fiducia entro cui è stato possibile metterci in una posizione meta, pensare su quanto si stava facendo, sui problemi che il servizio incontrava rispetto alle richieste dei cittadini, e, infine, confrontarci sugli obiettivi che il servizio poteva perseguire nel rapporto con I.

## ***Conclusioni***

Il Centro di Salute Mentale si trova oggi in una situazione che sembra rendere necessario ripensare la funzione psicologica al suo interno. La riorganizzazione dei DSM, insieme ai cambiamenti storici che hanno caratterizzato i servizi di salute mentale, ha prodotto un'accessibilità ridotta a fronte di una crescente richiesta legata per lo più al trattamento di problemi di convivenza sociale. In questo scritto ho discusso di come una

psicologia che mira alla cura dell'individuo invece di analizzare il rapporto individuo-contesto si riduce a una tecnica decontestualizzata, perdendo la specificità della funzione psicologica e favorendo la sua progressiva scomparsa dentro i CSM.

Per lavorare su questi aspetti la metodologia della resocontazione ha rappresentato un evento clinico che ha messo in relazione conoscenza, intervento, emozioni e verifica (Carli, 2008) e grazie al quale la psicoterapia con I. è stata proposta come un intervento di sviluppo della competenza a riconoscere fantasie e desideri nel rapporto con l'organizzazione. Attraverso la storia e l'analisi del mandato dei servizi di salute mentale è emerso come l'intervento psicologico possa puntare a facilitare il perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione occupandosi del suo rapporto con la domanda che le viene rivolta. Analizzare la domanda che arriva al CSM è un punto dal quale non si può prescindere. Un punto che apre a considerazioni da sviluppare ulteriormente e da coltivare con cura nel campo dell'intervento psicologico-clinico nei servizi di salute mentale.

### *Bibliografia*

- Bellavita, L. (2017). Sviluppare competenza organizzativa entro un Centro di Salute mentale di Roma [To develop organizational skills within a Mental Health Center in Rome]. *Quaderni della rivista di psicologia clinica*, 1, 54-68. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (1976). Trasformazione e cambiamento [Transformation and change]. *Archivio di Psicologia, neurologia e Psichiatria*, 37, 148-194.
- Carli, R. (2001). *Culture Giovanili* [Youth Cultures]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. (2006). Introduzione [Introduction]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 0, 1-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2008). Le Giornate sulla resocontazione come metodo di intervento in Psicologia Clinica – Il resoconto e la diagnosi [The days on reporting as a method of intervention in clinical psychology – The report and the diagnosis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 154-170. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2011). [Convegno tirocinio SPS - 9/07/2010] - Malati psichiatrici e domanda psicoterapeutica nei servizi di Salute Mentale [[SPS internship conference - 9/07/2010] - Psychiatric patients and psychotherapeutic demand in Mental Health services]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 134-147. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2016). Diagnosticare o intervenire [Diagnose or Intervene]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 4-18. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2018). Un finale perfetto, discanto sull'amore [A perfect ending, descended on love]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 101-127. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003a). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of Demand: Theory and technical intervention in clinical psychology]. Bologna: il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003b). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The Emotional Text Analysis. A psychological tool to reading texts and speeches]. Milano: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2009). Obiettivi e metodologia della formazione: Pensare emozioni entro la relazione clinica [Goals and training methodology: Thinking emotions into the clinical relationship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-33. 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 center in Italy. From psychiatric patients to new users: The evolution of demand for help and relationship dynamics]. Milano: FrancoAngeli.

- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994. "Approvazione del progetto-obiettivo Tutela della salute mentale 1994-1996." [Decree of the President of the Republic of 7 April 1994. "Approval of the project-goal Protection of mental health 1994-1996"]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/04/22/094A2566/sg>
- Di Ninni, A. (2004). *L'intervento per la salute mentale* [The intervention for mental health]. Roma: Kappa.
- Legge 18 marzo 1968, n. 431. "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica". [Law of 14 march 1968, n. 431. "Provisions for psychiatric assistance"]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1968/04/20/068U0431/sg>
- Legge 13 maggio 1978, n. 180. "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori". [Law of 13 may 1978, n. 180. "Health assessments and treatments voluntary and mandatory"]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic]. Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Migone, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo [Research in psychotherapy: history, main working groups, current state of the results and process studies]. *Rivista sperimentale di freniatria*, (CXX)2, 182-238. Retrieved from <http://www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/migone96.htm>
- Ministero della Salute (2013). *Piano di azione nazionale per la salute mentale, accordo n. 4 del 24 gennaio 2013* [National mental health action plan, agreement n. 4 of 24 january 2013]. Retrieved from: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1905\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf)
- Ministero della Salute (2016). *Rapporto salute mentale: Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) anno 2015* [Mental health report: Data analysis of the Information System for Mental Health (SISM) year 2015]. Retrieved from [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2550](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2550)
- MIUR (2017). *Documento sulla funzione del tirocinio approvato dalla CTC – 09/03/2017* [Document on the function of the internship approved by the CTC - 09/03/2017]. Retrieved from <https://www.miur.gov.it/documents/20182/447412/Tirocini+approvati+dalla+CTC.pdf/d468e748-7b35-4d8e-bca8-f2ef8cc93efc>
- Paniccia, R.M. (2006). Quale empiria per la ricerca in psicoterapia [What empiry for psychotherapy research]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 0, 40-44. Retrieved from <https://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Scala, V. (2007). Tre schizzi per un ritratto [Three sketches for a portrait]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 213-219. Retrieved from <https://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Stampa, P., & Grasso M. (2006). Chi ha slegato Roger Rabbit. Correzione di deficit vs promozione di sviluppo in psicoterapia implicazioni per la valutazione e per la ricerca clinica [Who untied Roger Rabbit. Deficit correction vs developmental promotion in psychotherapy implications for evaluation and clinical research]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 0, 12-39. Retrieved from <https://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Starace, F., Rossi, R., Baccari., F., & Gibertoni, G. (2019). Domanda di salute mentale e capacità di risposta dei DSM italiani [Mental health demand and responsiveness of italian DSM]. In W. Di Munizio (Ed.), *Lineamenti di management in psichiatria* [Management features in psychiatry] (pp. 129-141). Napoli: Idelson-Gnocchi.

Vari, R. (2014). Centro di Salute Mentale: La relazione “individuo/ambiente di convivenza/servizio” nell’intervento clinico per le malattie mentali [Mental Health Center: The relationship “individual/social coexistence milieu/Service” in the clinical intervention for mental illness]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 154-184. Retrieved from <https://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Vari, R. (2018). Centro di Salute Mentale: Lo spazio di intervento della psicologia clinica tra psichiatria e tecniche psicoterapeutiche [Mental Health Center: The space of clinical psychological intervention between psychiatry and psychotherapeutic techniques]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 2018, 148 – 162. Retrieved from <https://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Vari, R., & Bernardini, S. (2011). Il tirocinio presso le strutture per la salute mentale: Quale possibile committenza per i servizi? [Internship in mental health facilities: What possible commission for services?]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 17 -23. Retrieved from <https://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

*Sitografia*

[www.siep.it](http://www.siep.it)