Psychoanalytic psychotherapy's new settings in Services for mental heal

Anna Di Ninni*, Vincenzo F. Scala**, Luca Bellavita, Silvana Bianco***, Paolo Olivieri***, Maria Sarubbo****

Abstract

Some considerations are proposed about the connections of psychotherapy and psychoanalysis with psychopathology and it is underlined the pragmatic value of diagnostic operation in the context of relationships born from a request for a help. Four reports about clinic interventions, realized in two different Centers for Mental Health in Rome, are then presented. In the reports attention is focused on the connection between "critic events" in the contexts in which the request is born and the development of the intervention.

Keywords: Diagnosis; psychopathology; request for psychotherapy; brief psychotherapy; Services for mental health.

* Psychiatrist, Psychotherapist, Member of the Scientific and Teaching Board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychoterapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand SPS, Rome.

** Psychologist, Director of Mental Health Centre II District ASL Roma B, Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy SPS, Rome.

*** Clinical psychologists, postgraduate students of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychoterapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand SPS, Rome.

Di Ninni, A., Scala, V.F., Bellavita, L., Bianco, S., Olivieri, P., & Sarubbo, M. (2014). Nuovi setting della psicoterapia psicoanalitica entro i Centri di Salute Mentale [Psychoanalytic psychotherapy's new settings in Services for mental heal]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 2,* 26-35. Retrieved from http: //www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni

Nuovi setting della psicoterapia psicoanalitica entro i Centri di Salute Mentale

Anna Di Ninni*[*], *Vincenzo F. Scala*[**], *Luca Bellavita*[***], *Silvana Bianco*, *Paolo Olivieri****, *Maria Sarubbo****

Abstract

Vengono proposte alcune considerazioni inerenti il rapporto della psicoterapia e della psicoanalisi con la psicopatologia e viene evidenziato il valore performativo dell'operazione diagnostica all'interno delle relazioni originate da una domanda di aiuto. Vengono quindi presentati quattro resoconti di interventi clinici, attuati nell'ambito di due diversi Centri di Salute Mentale di Roma.
Nei resoconti l'attenzione viene centrata, in particolare, sul rapporto tra gli "eventi critici" nei contesti da cui origina la domanda e lo svolgersi dell'intervento.

Parole chiave: Diagnosi; psicopatologia; domanda di psicoterapia; psicoterapia breve; Servizi di salute mentale.

[*] Psichiatra, Psicoterapeuta, membro del Comitato Scientifico Didattico della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica SPS.
[**] Psicologo, responsabile Centro di Salute Mentale II Distretto ASL Roma B, docente SPS.
[***] Psicologi clinici, specializzandi in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda. SPS (SPS), Roma.

Di Ninni, A., Scala, V.F., Bellavita, L., Bianco, S., Olivieri, P., & Sarubbo, M. (2014). Nuovi setting della psicoterapia psicoanalitica entro i Centri di Salute Mentale [Psychoanalytic psychotherapy's new settings in Services for mental heal]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 2,* 26-35. Retrieved from http: //www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni

Premessa

In questo contributo riportiamo alcuni esiti di un confronto sul tema "I contesti della psicoterapia", tenutosi a marzo 2014, tra docenti e allievi della scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica SPS[1]. Stiamo lavorando da anni sulla tematica di una psicoterapia psicoanalitica capace di uscire dallo studio per intervenire entro i più differenti contesti mantenendo la sua specificità, spesso accompagnando le esperienze di giovani psicologi che incontrano nuove domande; contesti man mano esplorati anche in oramai numerosi seminari, tra cui questo[2]; qui riprendiamo in particolare interventi effettuati entro alcuni CSM romani.

Psicopatologia e cultura della diagnosi[3]

Quando abbiamo lavorato su manicomio, infanzia, famiglia, malattia mentale, disabilità, identità nazionale, ospedale, servizi, assistenza domiciliare, e non ho ricordato tutti i nostri temi, abbiamo costruito criteri per pensare contesti. Anche con l'aiuto di altre discipline o saperi, con l'aiuto di ricerche nostre o altrui, ma soprattutto attraverso la resocontazione di interventi, abbiamo cercato di costruire le mappature emozionate dei rapporti che costituiscono queste stesse realtà sociali a cui abbiamo dedicato i nostri seminari, che frequentiamo nel nostro lavoro, nei tirocini. Questo lavoro comporta lo sforzo di operare alcune decostruzioni: si è trattato di svelare il processo che ha portato a naturalizzare, che è anche mitizzare, per esempio la famiglia o la disabilità o anche la malattia, per accedere ad una comprensione degli assetti collusivi, delle culture con cui entriamo in contatto. Non si tratta di una operazione speculativa, non siamo filosofi. Si tratta dell'operazione essenziale, cruciale per l'intervento psicoterapeutico, ovvero per quella teoria della tecnica che si fonda e si dirige sulla domanda se non elusa, se non resa sistematicamente inascoltata dalla autocentratura sul sapere tecnico, dallo scientismo, dalla violenza del potere incompetente: con questa piccola sequenza indico alcune delle modalità con cui si costituisce la reificazione della realtà sociale e in essa la perdita di senso delle relazioni fra le persone.
Dunque nel corso della formazione e nella ricerca che essa ci permette, ci occupiamo sempre di "psicoterapia nei contesti". All'interno di questa giornata i CSM in cui si realizzano gli interventi resocontati sono pensati come contesti organizzati dalla psicopatologia e dalla cultura della diagnosi, contesti dunque in cui l'operazione di cui ho parlato poc'anzi ci conduce a storicizzare, de - mitizzare, e quindi criteriare questa volta i "fondamentali" stessi della nostra pratica professionale.
Per dare un contributo in questo senso, mi sono soffermata a ripensare al rapporto della psicoterapia come noi la intendiamo e della psicoanalisi con la psicopatologia. Non è un tema inedito; proprio per questo propongo alcune questioni che ribadiscono qualcosa di noto, ma spero aprano anche problemi utili. Penso alla psicopatologia non come una disciplina, ma come a quell'insieme confuso, magmatico, di concezioni e saperi (Stanghellini & Rossi Monti, 2009) che man mano viene a dare forma al campo psichiatrico come oggi lo frequentiamo e il cui potere crescente, grazie alle promesse della psicofarmacologia, si presenta ormai appannato dalla lentezza a manifestarsi dei suoi risultati.
Rintraccio l'utilità di soffermarci sull'ancoraggio alla psicopatologia della psicoterapia e della psicoanalisi, su due riscontri che ci provengono dalla nostra pratica di intervento, distinti ma connessi fra loro. Il primo è che sullo sfondo di molte delle situazioni difficili, nei contesti più diversi, che incontriamo, c'è una psicopatologia. Il secondo è che altrettanto frequentemente, nelle situazioni di intervento detto psicoterapeutico, il problema che ci convoca ha già ricevuto una diagnosi, più precisamente una psico - diagnosi di qualche tipo, che ha già organizzato le relazioni, prescrivendo le relative emozioni. Ricordiamoci che la debolezza epistemologica dei sistemi diagnostici non modifica la intensità degli effetti performativi che la diagnosi ha su tutti noi. Diagnosticare è una operazione relazionale, le cui implicazioni emozionali operano profondamente negli attori coinvolti.
Viviamo un momento particolare: mentre il sistema sanitario, e ancor più la cultura sanitarizzata, rafforzano l'organizzazione diagnostica degli interventi, il campo psichiatrico è disorientato: dopo la più che ventennale

[1] Studio di Psicosociologia di Roma.
[2] Sia la *Rivista di Psicologia Clinica* che *Quaderni* ospitano i risultati di questa ricerca. Cfr. soprattutto il n. 1 del 2014 dei *Quaderni.*
[3] A cura di Anna Di Ninni.

ubriacatura di DSM, ora il coro è unanime: basta, c'è bisogno di psicopatologia. In estrema sintesi, il fallimento dell'operazione categoriale delle 5 edizioni del DSM[4] sta spingendo verso una riclassificazione delle anomalie psichiche di tipo dimensionale che invita a ristudiare il lavoro degli psichiatri di inizio secolo (Colucci, 2013). Mi rivolgo a quel momento per illuminare il presente. Soffermiamoci sulla psicopatologia generale a cui Jaspers lavorò nei primi decenni del Novecento (Jaspers, 1959/1964). Il suo progetto è quello di individuare i fenomeni psicopatologici elementari. Il suo luogo di osservazione è il manicomio. Il contesto culturale in cui si organizza il progetto è quello dei successi della nascente scienza medica, all'interno della quale i fenomeni patologici elementari man mano individuati dall'anatomia patologica danno corpo, è il caso di dirlo, alle malattie dell'uomo. Jaspers, critico circa i metodi della psichiatria medicalizzata allora nascente, si mette alla ricerca dei fondamenti di un'altra realtà, quella psichica, una sorta di raddoppiamento del corpo ormai consegnato al campo scientifico. Jaspers non ha intenti nosografico diagnostici, vuole fondare una scienza dello psichico e vuole intervenire sul rapporto. I fenomeni che individua, e le sue pagine rimangono insuperate, sono la coscienza, l'affettività, il delirio, la allucinazione…. Dal complesso intrecciarsi di queste componenti, quantitativamente o qualitativamente abnormi, vien fuori l'uomo con la sua unicità malata, con quei modi di esperire sé nel mondo che il clinico intercetta partecipandone.

Il destino della psichiatria fenomenologica diventa decisamente marginale nel secondo Novecento: la psicopatologia generale come studio e comprensione dell'uomo psichico rimane confinata ad ambienti per diversi motivi chiusi, al manicomio che resiste al rinnovamento istituzionale o ad ambienti che partecipano di interessi più di tipo filosofico- antropologico che di tipo clinico.

Un'altra psicopatologia avrà maggior successo in Europa, quella kraepeliniana, quella orientata alla classificazione delle forme nosografiche. Non è una psicopatologia generale, ma una "speciale", che aspira a individuare e designare le malattie descrittivamente raccolte nelle sindromi. La medicina, nella quale l'operazione kraepeliniana è perfettamente inscritta, aspira alla terapia, alla guarigione. Lo sviluppo delle psicoterapie nel secondo Novecento si inscrive in questo impianto, condividendolo culturalmente, anche se i risultati non riescono a sottoporsi alle verifiche richieste dalle esigenze quantitative delle evidenze. Progressivamente la medicina, sotto l'influsso della scienza, e perfino suo malgrado, diventa sempre più espulsiva nei confronti della domanda di cura del malato, cioè della domanda di senso legata all'esperienza della sofferenza, domanda che sempre più ossessivamente prende la forma di richiesta di prestazioni sanitarie.

A quale psicopatologia dunque si appella oggi la psichiatria orfana di una diagnostica utile alla clinica, dopo il fallimento del DSM e con essa le psicoterapie che curano i sintomi psicologici? Non si può dare una risposta univoca, ma psichiatria e psicoterapie che condividono l'impianto della cura e della riabilitazione dei sintomi, si riferiscono ad una psicopatologia che praticamente coincide con una semeiotica. L'oggettivazione e la standardizzazione delle caratteristiche psicologiche dell'individuo, quindi dei suoi sintomi, quindi della sua malattia, è l'aspirazione di chi punta a far coincidere le nuove indicazioni delle neuro indagini con una psicopatologia fondata su caratteristiche fenotipiche e comportamentali. La ricerca di "dimensioni" o Domini (come nella ricerca finanziata dal NIMH)[5], torna a fare di patologia e normalità un continuum che sembra mettere d'accordo, grazie alla rottura delle barriere categoriali fra normalità e patologia, la psichiatria medica e la psicoterapia.

Concludo rivolgendomi alla psicoanalisi nel suo rapporto con la psicopatologia. Anche Freud vi si riferisce per parlare alla sua comunità di riferimento. Anche lui però, come Jaspers e negli stessi anni, non ha intenti diagnostici: non aspira ad un sapere sulle malattie classificabili, le differenze che propone all'interno delle nevrosi e fra la psicosi e la nevrosi servono piuttosto a far procedere il suo metodo di ricerca, quello che lui chiama la cura psicoanalitica. Freud, in 40 anni di lavoro, fa della psicoanalisi un metodo potentissimo di intervento. Alla psicopatologia del suo tempo e alla diagnostica Freud non si appassiona. Interloquisce con questi criteri per posizionarsi nel campo medico. La sua psicopatologia spazia dal quotidiano delle persone agli orrori delle guerre.

E' invece il cosiddetto filone statunitense della psicanalisi a sviluppare una psicopatologia psicanalitica omologa o addirittura sovrapponibile a quella psichiatrica, fino a Gabbard che le ha dato la forma che conosciamo ripercorrendo le categorie del DSM (Gabbard, 1994/1995). Non è il momento di addentrarci oltre in questo ginepraio.

---

[4] La pubblicazione del DSM V nel 2014 è stata accompagnata da numerose voci critiche. Si segnala Colucci (2013).

[5] National Institute of Mental Health.

Riassumo il senso di questo contributo richiamando da dove ho preso le mosse e concludendo con un invito. La premessa: sullo sfondo di molte situazioni umane difficili delle quali parlano i resoconti che seguono c'è una psicopatologia, e il campo è già stato segnato dagli effetti di qualche diagnosi. Storicizzare, de-mitizzare, dotarsi di un'accurata conoscenza critica in questi campi è, come sempre, molto utile. Fallaci e insufficienti a volte, risolutive o almeno rassicuranti altre volte, le operazioni di indagine psicopatologica e le dichiarazioni diagnostiche sono comunque cariche di ambiguità ed incertezze. Queste incertezze non vanno eluse, anzi sono gli indizi che l'intervento psicoterapeutico per come lo intendiamo, può utilizzare nella ricerca di senso che gli è propria. E' questo l'invito, a non sottrarsi a questi effetti, al contrario ad ascoltarne l'esperienza nelle parole delle persone; la psicopatologia e la diagnosi sono, nei resoconti che ascolteremo, *il contesto* dell'intervento; interpretare è il nostro metodo, non silenziare quanto ci disorienta o ci allarma.

Quale rapporto tra le caratteristiche relativamente stabili dell'individuo e la variabilità dei contesti[6]

Pensando alla psicoterapia nel contesto del CSM, vengono alla mente alcune riflessioni su forme della domanda e valore prodotto. Mi sembra interessante mettere a confronto o, per così dire, a comune denominatore, i casi resocontati in questo contributo dagli specializzandi, perché credo consentano di riprendere e mettere a fuoco osservazioni non nuove e già varie volte toccate in più sedi di riflessione, ma rilevanti in rapporto al tema.
Si tratta di tre casi in cui le persone (due donne e un uomo) si rivolgono a un CSM e chiedono – o vengono avviati a – un aiuto psicologico. I resoconti - dicendo qualcosa della realtà osservata e indicando anche un possibile modo di osservarla – parlano di persone che hanno proceduto nelle loro vite senza eccessive difficoltà, almeno fintanto che non hanno sentito il bisogno di trovare un'interlocuzione, individuandola nel CSM. Situazioni in cui sembra che le modalità di adattamento ai contesti abituali falliscano soltanto ad un certo punto, a fronte della variabilità dei contesti stessi. I resoconti rinviano all'incontro tra una relativa costanza e una inattesa o inevitabile, variabilità contestuale.
Da una parte la relativa costanza di qualcosa, cui si fa abitualmente riferimento attraverso costrutti quali "tratti di personalità", "equazione personale", "modelli relazionali prevalenti", "modelli tipici di adattamento ai contesti", forse anche "stili di attaccamento caratteristici" o altri ancora. In ogni caso, definizioni che alludono alle modalità ricorrenti di costruzione dell'esperienza, che sembrano tipiche e tendenzialmente stabili nel comportamento delle persone o che, piuttosto, evolvono lentamente nel corso dell'esistenza. E qui si aprirebbe anche la questione di come influenze riconducibili a modelli culturali, modelli familiari, esperienze specifiche, ruoli sociali, formazione istituita, si intreccino tra loro.
Dall'altra parte la variabilità ambientale che caratterizza i contesti (famigliari, lavorativi, amicali ecc.) con le accelerazioni, i mutamenti imprevisti, quelli prevedibili ma inevitabili…i fatti della vita, con la loro valenza di non controllabilità da parte di chi ne fa esperienza.
Proprio l'incontro tra una relativa costanza e una inattesa o inevitabile variabilità contestuale sembra costituirsi, potenzialmente, come "evento critico". Non i fatti della vita in sé stessi. E neppure la supposta inadeguatezza delle modalità di adattamento prevalenti ed abituali, di per sé. Piuttosto, appunto, la problematicità, criticità o difficoltosa compatibilità che può scaturire dall'incontro di questi due ordini di fattori. Con riferimento ai casi resocontati, dal senso che, per quelle persone, assumono certi eventi della vita, in funzione del loro peculiare modo di organizzare l'esperienza.
Sempre con riferimento ai casi resocontati, possiamo ritenere che le situazioni cliniche riferite (ma ne vengono subito alla mente altre simili) descrivano una specifica tipologia di bisogni e di domanda all'interno dell'insieme di tutte quelle che giungono ai Centri di Salute Mentale?
Possiamo pensare che la comprensione accurata di questo "incontro" tra i due ordini di fattori ora indicati, da parte dello psicoterapeuta, e la possibilità di sostenere la capacità del cliente di rappresentarsi tutto ciò, costituiscano un possibile prodotto dell'intervento psicoterapeutico? Un prodotto che si declina come apprendimento metodologico, utilizzabile al fine della necessaria manutenzione degli assetti relazionali all'interno dei contesti di esperienza? È possibile immaginare che questo prodotto sia perseguibile in tempi compatibili con i vincoli organizzativi del contesto CSM? (Vari, 2011).

[6] A cura di Vincenzo F. Scala.

Può essere utile, infine, tenere a mente, nella lettura dei resoconti seguenti, che c'è una certa differenza tra proporsi di cambiare le modalità di funzionamento psichico del cliente (e quindi i "modelli relazionali prevalenti" ecc.) o proporsi di fornirgli una nostra rappresentazione di quanto sta vivendo o, ancora, sostenere la sua capacità di sviluppare una sua propria rappresentazione dell'"evento soggettivamente critico" da cui è originata la domanda. Certamente le ultime due ipotesi di lavoro – proporre una nostra rappresentazione, o sostenere lo sviluppo di quella del cliente la sua - non sono sovrapponibili, ma sono tra loro compatibili. Ed è possibile che l'offerta di una nostra rappresentazione dell'esperienza del cliente, lo aiuti a svilupparne una sua.
Propongo ora un caso, prima di quelli degli allievi, in cui sono intervenuto, come psicologo e responsabile del CSM, per ridefinire il contesto in cui viene vissuto il problema che poi arriva al servizio come "caso individuale" diagnosticato.

Il caso di A.

A, un giovane uomo, era stato seguito per alcuni anni, in passato, presso il CSM. Aveva poi interrotto i rapporti con il Servizio. La madre, per poter avviare le pratiche necessarie a fargli ottenere la pensione di invalidità, aveva fatto istanza al Giudice Tutelare per la nomina di un Amministratore di Sostegno (AdS)[7], candidandosi a quella funzione. Con sua sorpresa e disappunto, il Giudice aveva invece nominato come amministratore di sostegno un avvocato. La madre riferiva una condizione di ritiro del figlio e di chiusura tra le mura domestiche, interrotta di tanto in tanto da uscite in cui A partiva con la tenda verso località di collina o di montagna; scompariva per alcuni giorni, quindi chiamava la sorella chiedendo di essere recuperato in qualche luogo fuori Roma ed essere riportato a casa (Carli & Paniccia, 2012). Di nascosto da A e in accordo con il medico di base, la madre gli somministrava un antipsicotico nei cibi.
Ora l'AdS chiedeva l'aiuto del Servizio per le difficoltà che incontrava nel prendere contatto con il proprio assistito, che non sembrava affatto interessato a fruire dei suoi servizi. L'AdS, persona caratterizzata da una fondamentale irruenza e propensione alle soluzioni rapide, sollecitava un intervento deciso, volto a inquadrare, senza tante storie, il paziente in una cornice di cura e assistenza entro la quale lui stesso – l'AdS – potesse trovare il suo terreno di azione. Per contro, sollecitato dalla madre di A, scendeva in campo anche il medico di base, che metteva in guardia dai rischi e dai danni traumatici che potevano derivare al paziente da un intervento intrusivo e violento. Proponeva invece un approccio soft e, osservando che A era solito interloquire con la sorella in video conferenza, insisteva affinché anche da parte del Servizio si facesse ricorso a quel mezzo di comunicazione per contattare l'interessato.
Accadeva così che, mentre A se ne stava chiuso in casa ed escludeva ogni ipotesi di contatto con il mondo esterno, questi tre interlocutori, la madre, il medico di base e l'AdS, chiedevano, in modi diversi e prefigurando azioni differenti, che il Servizio si facesse parte attiva (Carli & Paniccia, 2014). L'AdS riferì al Giudice Tutelare le sue difficoltà a procedere e questi convocò lo stesso AdS, il medico di base ed il Servizio. Il Giudice Tutelare, sentite le diverse parti, emise una disposizione nella quale: "…invita il Responsabile del CSM e l'Amministratore di Sostegno a verificare la possibilità di accedere al colloquio con l'interessato a mezzo della comunicazione telematica al fine di valutare se, in un tempo ragionevole e comunque non superiore a sei mesi, sia possibile ottenere attraverso tale forma di comunicazione un atteggiamento collaborativo della persona, finalizzato alla visita specialistica ed all'attuazione di un progetto terapeutico". Con la madre e la sorella di A si cominciò a ragionare su come procedere nella direzione indicata dal Giudice. Essendo il Servizio sprovvisto della dotazione strumentale necessaria, si convenne che la sorella di A avrebbe portato il proprio computer portatile al Servizio e da lì si sarebbe attuato l'auspicato collegamento con l'interessato. Ma quando la madre di A provò a prospettargli tale ipotesi, ottenne un netto e perentorio rifiuto.

[7] Si tratta di un istituto giuridico entrato nell'ordinamento italiano con la legge n. 6 del 9 gennaio 2004. Lo scopo è quello di affiancare una persona la cui capacità di agire risulti limitata o del tutto compromessa. Vedi su questo istituto Paniccia (2014).

Venne scritta allora una lettera da parte del Servizio, nella quale si riassumeva, ad uso di A, la situazione che si era determinata e lo si invitava a prevedere un contatto con il Centro di Salute Mentale in sede o al suo domicilio, avvisandolo, al contempo, che in caso di rifiuto, si sarebbe dovuto attuare un Accertamento Sanitario Obbligatorio, con l'intervento della Polizia Municipale.
A ignorò la lettera.
La madre, vedendo avvicinarsi la prospettiva minacciosa di un Accertamento Sanitario Obbligatorio, preoccupata delle possibili reazioni del figlio in quell'evenienza, tentò un'altra strada, proponendogli di prendere contatto, privatamente, con uno psichiatra già conosciuto in passato. Ma anche questa prospettiva venne rifiutata.
Espletate le procedure previste e presi i necessari accordi con la polizia municipale, giunse infine il giorno dell'ASO. Con una psichiatra del Servizio incontriamo, sotto casa di A, il personale della polizia municipale. Sono venuti in quattro: un agente in uniforme, un funzionario in borghese che dirige le operazioni e due agenti donne, pure loro in borghese. Ed ecco che siamo in casa di A; nell'ingresso ci attende la madre in lacrime; A, avvisato del nostro arrivo, è chiuso nella sua stanza. Le due agenti parlano con la madre cercando di rassicurarla. Attraverso il vetro smerigliato della porta che chiude la camera di A si intuisce la catasta di mobili che ha innalzato all'interno. Mi rivolgo a lui attraverso la porta, a più riprese. Invano, non c'è alcuna risposta. Indico quindi al funzionario di polizia municipale di procedere all'apertura della stanza. L'agente in uniforme, alto e robusto, si avventa contro la porta chiusa, ma prima che abbia il tempo di forzarla, la madre si affretta: "A, apri! Altrimenti sfondano la porta e poi ci tocca pure farla riparare!" Si sente finalmente la voce flebile e tremolante di A: "Va bene, va bene, apro".
Rumore di mobili spostati, la chiave che gira nella serratura ed ecco comparire, esitando, attraverso la porta aperta a metà, un giovane signore, pallido e con gli occhi sgranati. A quel punto il personale della polizia municipale si fa indietro e, nell'ingresso dell'appartamento, in piedi, ha luogo l'incontro con gli operatori del Servizio. Riassumo ad A il senso di quella nutrita e variegata presenza in casa sua ed il percorso attraverso il quale si è giunti a quel momento. Subito appresso prende la parola la psichiatra, informandosi sul suo stato di salute, sul suo stile di vita e ricollegandosi al passato in cui A veniva al CSM. Lui, in qualche modo, riconosce una sua condizione di disagio che connota come depressione. La psichiatra segnala la necessità di un interessamento terapeutico e conclude proponendo un incontro nella sede del Centro di Salute Mentale in cui poter, con più agio, continuare il discorso avviato. A – testimoni tutti i presenti – si impegna a sostenere quella prova.
Effettivamente viene al Servizio, accompagnato dalla madre, all'appuntamento concordato dopo alcuni giorni e accetta di assumere la cura farmacologia che, in verità, sta già assumendo. Da oltre 3 anni A viene regolarmente agli appuntamenti con la psichiatra. Nel frattempo il Giudice Tutelare, forse anche per la diversa posizione che ora il CSM riveste nella vicenda, ha conferito l'incarico di AdS alla madre. La vita di A non è da allora molto cambiata; ora però un altro territorio, per lui percorribile, si è aperto nel mondo oltre lo stretto confine familiare.

Tre domande a confronto[8]

Proponiamo ora un confronto sulla domanda d'intervento psicoterapeutico da parte dell'utenza dei CSM, prendendo spunto da tre casi seguiti nei nostri tirocini all'interno di due CSM romani[9]. In entrambi i CSM ci stiamo occupando di interventi di psicoterapia (Carli & Paniccia, 2011). Nel primo CSM ai tirocinanti vengono affidati, dopo una rapida valutazione dell'équipe di Accoglienza, generalmente per interventi brevi (Vari, 2011), casi in entrata al servizio. Nel secondo CSM ai tirocinanti vengono affidati, attraverso un referente, sia casi seguiti da psichiatri in cui si chiede che venga effettuata, contemporaneamente, anche una psicoterapia, che casi seguiti da psichiatri e successivamente inviati a psicoterapeuti.
In entrambi le situazioni il lavoro psicoterapeutico è per noi un processo di costruzione di significati dell'esperienza del paziente a partire dalle questioni portate: l'esplorazione dei vissuti nello spazio della

[8] A cura di Luca Bellavita, Silvana Bianco, Paolo Olivieri, Maria Sarubbo.
[9] I tirocini di cui parliamo sono stati effettuati in quanto allievi di SPS. Nell'esporre i casi, per facilitare la lettura parlerà in prima persona chi di noi l'ha seguito.

relazione terapeutica apre alla possibilità di riconoscere nessi, collegamenti, che possono consentire al paziente di riorganizzare la propria esperienza; dalla reificazione del problema nel sintomo, spesso presentato con un linguaggio preso a prestito dalle nosografie in voga, si passa a pensare emozioni, riconoscendone il senso nella relazione con noi e nei contesti di vita del paziente.

Che tipo di domanda arriva al CSM? Spesso parla la lingua del contesto a cui si rivolge. Il problema è presentato attraverso il filtro del servizio stesso: pensiamo alla proposta diagnostica centrata sull'individuo che il CSM fa all'utente sia in fase di accoglienza, che in quella del successivo intervento. La domanda, esplorata, parla invece di problemi di convivenza nei contesti di appartenenza dei pazienti, spesso resi evidenti da un evento critico promotore della domanda stessa. L'evento critico concerne quindi le relazioni. L'obiettivo perseguibile è rintracciare quale equilibrio relazionale sia andato in crisi, e attorno a quale mito[10] si sia costruito il problema, restituendo al paziente la competenza a significare gli eventi, pensando i vissuti rispetto alle questioni portate come problematiche. Vediamo i tre casi.

Troppo vicino - troppo lontano: nuovi equilibri in un rapporto tra madre e figlio[11]

R, una donna di 50 anni, inizia a parlare dei suoi sintomi: insonnia, attacchi d'ansia, dissociazioni, rappresentandoli in una dimensione di ciclicità quasi "fisiologica". Sembra preoccupata di rassicurarmi sul beneficio trovato nel sostegno farmacologico, tengo a mente questa rassicurazione come indizio: R. sembra pensare che le sue angosce, se parlate, siano distruttive per il nostro rapporto (durante il nostro ultimo incontro mi dirà: "lei mi ricorda tanto mio figlio!"). Allude a una storia di vita costellata da momenti di sconforto che poi si vanta di aver superato con la sua forza di volontà. Lì con me, sembra concedersi, e al contempo chiedermi, uno spazio nel quale fermarsi a dare un senso a questo apparente eterno ritorno dell'uguale. Provo a storicizzare: "Quando ha deciso di chiamare il CSM?" Questa domanda apre un mondo emozionale la cui portata mi sarà più chiara nei colloqui successivi; un mondo che parla del rapporto tra una madre (R) e suo figlio (D). Rispondere sembra essere difficile per R, effettua un movimento che definirei "dispersivo", divaga non aiutandomi a comprendere il contesto nel quale si decide a contattare il CSM. Allora cerco di invitarla a recuperare un frammento di realtà: "Ricorda se si trovava in qualche luogo in particolare?" R si trovava nella palestra di karate del figlio, luogo che capirò essere un riferimento affettivo importante, poiché R è un'ex atleta (ora organizzatrice di eventi e gare) oltre che madre di D, un ragazzo adolescente. Mi sembra una pista: inizio a esplorare il rapporto tra R e D ed R mi parla di una difficoltà di rapporto con il figlio. Infatti i movimenti emancipativi di D e il suo disaccordo con i suoi metodi educativi le fanno temere il conflitto. Conflitto che rimanda a persone diverse, con desideri diversi. Ciò la richiama a farsi carico di un suo desiderio, comodamente eluso fino a quando si era organizzata nel ruolo prevalente di madre: "Cos'è la mia vita oltre il soddisfare i bisogni di D?". In questa dinamica, lei non sapeva nulla di quanto desiderava, ma tutto dei desideri del figlio. Questo assetto è in crisi, e il cambiamento del rapporto che R avverte, la disorienta, la spaventa, la riempie di rabbia: "Ho sempre paura che a mio figlio accada qualcosa di brutto". Da un lato R incoraggia l'autonomia di D, se questa può essere vista come conformismo controllato da lei, dall'altro sembra volerlo trattenere rabbiosamente a sé: "Dove vai senza di me? Rimaniamo una cosa sola!".

L'arte di correre: una proposta relazionale[12]

P mi viene inviato da una psichiatra del CSM, descritto come un uomo di cinquantacinque anni, un po' pazzerello, con delle ossessioni molto pervasive. Nel primo colloquio che abbiamo, il problema che mi propone P è quello di non riuscire più a correre come prima, perdendo così l'unica sua "valvola di sfogo". Da qualche mese sente una pesantezza alle gambe, come se corresse nel fango. Coglie in questo evento "una questione psicologica", derivante da una situazione di invischiamento nei rapporti familiari. Inoltre da un anno sta provando, assieme alla moglie, ad avere un figlio, ma dopo sette tentativi sono senza risultati. Si

[10] Per mito intendiamo l'istituzione di un elemento organizzatore dell'emozionalità agita, che parla il linguaggio della cultura in cui il soggetto è iscritto (Carli, 2001, p. 30).
[11] A cura di Luca Bellavita.
[12] A cura di Paolo Olivieri.

sente impelagato in una serie di rapporti, da cui fantastica di liberarsi scappando o uccidendosi. Parliamo di questo vissuto d'invischiamento come impossibilità di cambiare le cose, sperimentate come immutabili. Il problema della corsa assume una rilevanza simbolica, rispetto a una sua necessità di staccarsi da qualcosa che vive come minaccioso e inglobante. Ci chiediamo il perché della sua richiesta al CSM adesso. Riflettendo sui tempi, sembra che il vissuto di impotenza sperimentato si sia reificato in due fatti, vissuti come centrali in questo momento: l'impossibilità ad avere un figlio e l'impossibilità di correre. Nel rapporto con la moglie, attorno all'avere un figlio sembra organizzarsi l'attesa messianica di un evento lieto, che potrebbe cambiare la loro situazione di coppia, altrimenti vissuta come sterile sotto ogni profilo. Provo a trattare l'attesa messianica come possibilità di chiedersi quali attese abbia nei rapporti, anche nei miei confronti. Il disagio psichico diagnosticato dalla psichiatra sembra parlare di un problema di convivenza del paziente. Il non riuscire a correre, che era stato il sintomo proposto nell'accesso al servizio, viene rapidamente abbandonato non appena accolgo l'ipotesi dello stesso paziente che questo parlasse dei suoi vissuti di relazione: siamo partiti da un sintomo, per trattare i problemi che stava vivendo.

Il vomito come strategia per espellere emozioni[13]

N, 20 anni, mi viene inviata da una psichiatra che la segue per anoressia nervosa con condotte di eliminazione e gesti autolesivi. È da poco uscita da una casa di cura per problemi alimentari dove è stata ricoverata per circa otto mesi. Anche il fratello (24 anni, con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo) e i genitori hanno avuto rapporti con il CSM. Mi aspetta al piano terra, in piedi, attaccata alla porta d'ingresso: ha un volto ben nutrito, ma gambe esili e segni di lesioni sulle mani. Quando ci mettiamo a parlare, lei, con lo sguardo perso nel vuoto, rievoca esperienze della sua vita come con una cantilena, l'emozione traspare solo attraverso gli occhi lucidi. Vuole capire cosa ci sia dietro il suo disturbo, prima stava bene. Inizia il rapporto con me attraverso una provocazione: "Penso che nessuno mi potrà dare quello che mi ha dato lui". Dove lui è lo psicoterapeuta della casa di cura. Mi sembra di capire che l'uscita da quella struttura stia mettendo in crisi il suo rappresentarsi come malata e che ci sia una impossibilità di parlare della malattia come vissuto; questo pare essere una sorta di patto implicito nella sua famiglia. N sta nei rapporti vivendosi come dipendente dagli altri e cercando di confermare un'immagine di ragazza perfetta, attraverso un fare (studiare, lavorare) doveristico e difensivo. Esce di rado, ha pochi amici. La trasgressione è l'unica possibilità che si concede per riconoscersi e vivere il piacere. Ha istituito "il giorno della concessione", quello dopo la visita dal nutrizionista, in cui può mangiare pizza e gelato. Anche il sentirsi malata è vissuto come trasgressivo, anche perché è ciò che le permette di essere "sensibile", ovvero di comunicare, sia pure nella stereotipia della "malattia", emozioni: "Ho qualcosa che gli altri non hanno, mentre per il resto mi sento omologata. Mi fa essere più sensibile". Sto continuando a incontrarla e stiamo destrutturando il ruolo di malata con cui esercita un controllo sugli altri, sollecitando fantasie di colpa e protezione. Ricostruiamo il senso di eventi sintomatici - abbuffate, rigetti, pensieri ossessivi, attacchi di panico - storicizzandoli: quando, con chi, in rapporto a cosa? Questo le fa riconoscere emozioni e recuperare una loro pensabilità. N si sta interrogando sulle difficoltà che sente: "Non so mai cosa voglio, non so neanche io come sono, chi sono". Pensare i sintomi sta facendo luce sui vissuti di solitudine, di inadeguatezza rispetto a scelte, desideri, piacere. Ad esempio, i vissuti di quando si abbuffa e rigetta dopo aver ricevuto una sgridata a lavoro: riconosce le fantasie di violenza rimaste inespresse rispetto alla paura di essere "fatta fuori" dagli altri. Il non fare è lo spazio dell'angoscia: immobilità mortifera, sensi di colpa e impotenza, a cui reagisce tirando pugni al muro fino a sanguinare. È lo spazio dei pensieri ossessivi: "Pensieri suicidi… non sto facendo niente, non so quali studi fare, non so come andrà a finire con il lavoro". Ma il non fare, se inteso come smettere di agire per poter pensare, è anche lo spazio della psicoterapia entro cui sta sperimentando la possibilità di scoprire desideri, sviluppare competenze a costruire rapporti finora ingurgitati/rigettati, attraverso l'alibi della malattia che l'ha deresponsabilizzata dal farsene carico. Lo scorso weekend è uscita: ha abbandonato i libri, si è sentita in colpa, ma è stata meglio. Si è anche scritta di nuovo in palestra. Riconosce un collegamento tra le abbuffate e il suo sentimento di solitudine, il suo bisogno di attaccarsi a qualcuno. Ora si dice spaventata. Si chiede se ogni volta che si sente sola non corra il rischio di ricadere nelle abbuffate; si domanda: "come faccio a non essere dipendente da questo meccanismo?".

[13] A cura di Maria Sarubbo.

Bibliografia

Carli, R. (2001). *Culture giovanili. Proposte per un intervento psicologico nella scuola* [Youth cultures. Proposals for a psychological intervention in school]. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mental health services in Italy]. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2012). Malattia mentale e senso comune [Mental hillness and common feeling]. *Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 201-206. Retrieved from http: //www.rivistadipsicologiaclinica.it

Carli, R., &Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for "mental hillness" genesis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, *1*, 9 – 46. Retrieved from http: //www.rivistadipsicologiaclinica.it

Colucci, F. (2013). *Fabrizio, con una zeta.* Per una critica della ragione diagnostica. [Fabrizio, with one zeta. For a critique of the diagnostic reason]. *AUT AUT,* 357, 5 – 20.

Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice.* American Psychiatric Press. Trad It: *Psichiatria Psicodinamica.* 1995, Milano. Raffaello Cortina Editore.

Jaspers, K. (1964). *Psicopatologia Generale.[General Psychopatology]* (Priori R. Trans.). Roma: Il pensiero Scientifico. Original work published 1959.

Paniccia, R.M. (2014). L'amministrazione di sostegno e le categorie emozionali della solidarietà. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 2,* 6-25. Retrieved from http: //www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni

Stanghellini, G., & Rossi Monti, M. (2009). *Psicologia del Patologico [Psychology of Pathological].* Milano: Raffaello Cortina.

Vari, R. (2011). Intervento psicologico breve e nuove domande nel centro di salute mentale [Brief psychological intervention and new requests in the centre for mental health]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 137-155. Retrieved from http: //www.rivistadipsicologiaclinica.it