

The function of psychotherapy in the interaction between services and territory: How to translate the requests of territories to plan interventions

Maria Sarubbo

Abstract

This paper offers a specific contribution on the function of psychotherapy in the maintenance of the interaction between services and territories. Territorialization is a way to organize service delivery. The term territory not only refers to a geographical area but, also, to a common, shared context where social dynamics, problems and intervention requests take shape and meaning. If, on the one hand, services are characterized by the offer of professional performances matching their representation of intervention requests, on the other one, territories organize requests according to their representation of services. Psychotherapy promotes critical thinking in the relationship of supply and demand through a dialogue between what is historically established by the social mandate of services and the result of the analysis of requests in consideration of their historical and social mutability. The paper discusses a request for a psychotherapy in relation to an eating disorder.

Keywords: territorialization; mental health centers; diagnosis; psychotherapeutic interventions; analysis of demand.

· Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy, Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand SPS, Rome.

Sarubbo, M. (2015). The function of psychotherapy in the interaction between services and territory: How to translate the requests of territories to plan interventions. *Quaderni della Rivista di psicologia Clinica*, 1, 5-14. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

La funzione psicoterapeutica nel rapporto tra servizi e territori: Tradurre la domanda dei territori per progettare interventi

Maria Sarubbo

Abstract

Si propone uno specifico contributo che la funzione psicoterapeutica può fornire per una manutenzione del rapporto tra servizi e territori. La territorializzazione è una modalità attraverso cui viene organizzata l'erogazione di molti servizi. A territorio non si dà esclusiva valenza di area geografica, bensì di contesto condiviso entro cui prendono forma e senso dinamiche sociali, problemi e domande di intervento. Se da una parte i servizi si connotano per l'offerta di prestazioni professionali coerente con la rappresentazione che hanno delle domande di intervento, dall'altra parte, i territori organizzano domande coerenti con la rappresentazione che hanno dei servizi. La funzione psicoterapeutica promuove pensabilità nel rapporto domanda-offerta facendo dialogare ciò che istituisce, storicamente, il mandato sociale dei servizi con ciò che emerge dall'analisi delle domande nella loro mutabilità storica e sociale. Viene proposta l'analisi di una domanda di psicoterapia presentatasi nella forma del disturbo alimentare.

Parole chiave: territorializzazione; centri di salute mentale; diagnosi; intervento psicoterapeutico; analisi della domanda.

· Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda, SPS Roma.

Sarubbo, M. (2015). La funzione psicoterapeutica nel rapporto tra servizi e territori: Tradurre la domanda dei territori per progettare interventi [The function of psychotherapy in the interaction between services and territory: How to translate the requests of territories to plan interventions]. *Quaderni della Rivista di psicologia Clinica*, 1, 5-14. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

A partire dagli anni '80 l'azione pubblica in Europa è stata interessata da un crescente processo di territorializzazione. Due sono i fenomeni cui la territorializzazione si riferisce: "il processo di riorganizzazione territoriale che ha toccato i diversi livelli di governo e i loro rapporti; l'orientamento ad assumere il territorio come riferimento di politiche e interventi" (Bifulco, 2012, p. 41). Il presupposto che sostiene questo processo è che il territorio non sia una realtà inerte, immobile, ma che abbia una capacità di rappresentanza e che quindi possa essere assunto come riferimento di politiche e interventi. Non si tratta, evidentemente, di una capacità auto evidente dei territori, ma sollecita una prospettiva al come guardare ai territori e quali competenze mettere in campo per comprendere le esigenze dei territori stessi a dare risposte efficaci.

Vediamo cosa succede nel processo di territorializzazione nell'ambito della salute mentale.

In Italia, viene avviata l'organizzazione dei servizi territoriali di salute mentale con la Legge n. 180 del 1978, detta Legge Basaglia (www.salute.gov.it), che sancisce la chiusura degli ospedali psichiatrici. La riforma dell'assistenza psichiatrica pone l'accento su un intervento pubblico non orientato al controllo sociale dei malati mentali, ma alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali. Sposta l'asse dal ricovero ospedaliero a un'organizzazione di servizi territoriali che si occupano di promozione della salute e prevenzione della malattia mentale, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. Si voleva, soprattutto, sostenere il reinserimento dei malati mentali nelle famiglie.

A quindici anni dalla legge 180 si riscontrano sul territorio nazionale differenze sostanziali nelle diverse Regioni per quanto riguarda il sistema dei servizi predisposti, le modalità di intervento e il loro coordinamento. Partendo da queste premesse, viene proposta una linea di governo per migliorare la qualità degli interventi e con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996" si sottolinea la necessità della costruzione di una rete di strutture, lo sviluppo di un'organizzazione dipartimentale del lavoro, l'aumento delle competenze professionali degli operatori e il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico. Viene proposto un quadro di riferimento per la riorganizzazione dei servizi dedicati all'assistenza psichiatrica. Ciascuna USL deve avere un assetto di strutture dedicate all'assistenza psichiatrica che viene chiamato Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Il modello organizzativo prevede il DSM quale organo di coordinamento che dovrà sovrintendere all'unitarietà e integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio (www.salute.gov.it).

Nel 1999 viene approvato il secondo Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" (DPR 1° novembre 1999) previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e in merito alle componenti organizzative del DSM, come già previsto dal precedente Progetto Obiettivo, i servizi essenziali sono: il Centro di Salute Mentale (CSM) sede organizzativa del Dipartimento; il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.): servizio ospedaliero; strutture semiresidenziali: Centro Diurno, Day Hospital; strutture residenziali: comunità terapeutica-riabilitativa e socio riabilitativa. Il CSM è definito come "la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti" (www.salute.gov.it).

Paniccia, Di Ninni e Cavalieri (2006) hanno proposto alcuni modelli di lettura del funzionamento, negli anni, dei servizi di salute mentale. In una prima fase, che chiamano ideologica, i DSM quando vengono istituiti sono connotati prevalentemente da una cultura "militante e finalizzata alla deistituzionalizzazione" (Paniccia et al., 2006, p. 82). Ciò che regola l'accesso ai servizi è ancora l'obbligatorietà come negli ospedali psichiatrici. Il presupposto culturale ancora vivo è "l'eliminazione della variabilità del soggetto e della sua domanda" (Paniccia et al., 2006, p. 82). In una fase successiva, che le autrici definiscono di tecnicità, cambia il rapporto tra i servizi e l'utenza e il paziente non è più obbligato, ma garantito. Si diffondono le psicoterapie e la funzione di accoglienza dell'utenza si traduce attraverso l'offerta di una sommatoria di prestazioni tecniche. Un'ulteriore fase, riferita agli anni attuali, individua nel funzionamento dei servizi una complessità delineata dalla disomogeneità di pratiche professionali.

Per proseguire nel discorso, riprendo una delle funzioni che vengono riconosciute e assegnate al CSM: l'attività di accoglienza, di analisi della domanda e attività diagnostica (DPR, 1° nov., 1999, p. 13). La territorializzazione che fu il principio cardine della riforma psichiatrica e della fondazione degli stessi CSM sembra essere stata tradotta, prevalentemente, secondo una logica amministrativa: quella di un servizio sanitario che in quanto pubblico deve garantire accessibilità ed equa distribuzione delle risorse. Possiamo però recuperare un'altra componente distintiva della territorializzazione che è quella di mettere in rapporto "il funzionamento dei servizi con la conoscenza della domanda dell'utenza. Il modo in cui i servizi interagiscono con la domanda costruisce la domanda stessa" (Paniccia, Di Ninni & Cavalieri, 2006, p. 84). È

in questa accezione che intendo parlare di ‘servizi e territori’, proponendoli come categorie da interrogare continuamente, limiti funzionali all’intervento psicoterapeutico che consentono di intercettare nuove domande sociali o nuove forme attraverso cui queste si esprimono. Costruire conoscenza sulle domande sociali significa interrogarsi anche su: come arrivano le domande? cosa propongono? cosa dicono dei problemi che portano? come vengono riproposti nel rapporto con i servizi e con lo psicoterapeuta? Questo processo consente di intercettare nuovi problemi, nuove domande sociali che differiscono da quelle per cui alcuni servizi sono stati istituiti e consente di riorganizzare l’offerta dei servizi evitando di trattare domanda e offerta come già conosciute e sempre uguali. Pensiamo a una recente ricerca (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli & Sesto, 2014) in cui viene confrontata la rappresentazione sui servizi di salute mentale da parte di chi si occupa di accoglienza presso un CSM romano con quella di un gruppo di cittadini romani. Emergono dati interessanti che aiutano a individuare piste su cosa chiedono le persone. Ad esempio, emerge una domanda a sviluppare competenze relazionali. Un apprendimento a stare nelle relazioni. Ciò rimanda anche al disagio nel convivere come organizzatore della domanda di psicoterapia (Carli & Paniccia, 2012).

Nelle questioni che propongo in questo lavoro mi sto avvalendo di riflessioni maturate nell’ambito di diversi contesti della mia esperienza professionale. Due in particolare: il CSM dove ho svolto il tirocinio di specializzazione e un’agenzia ministeriale che si occupa di interventi nell’ambito del lavoro dove ho svolto il ruolo di operatrice di intervento territoriale. In comune questi contesti hanno come modalità organizzativa quella di proporre un’offerta di servizi in riferimento a dei territori secondo una logica di distribuzione di risorse. Nel caso dell’agenzia ministeriale, che attua progetti coerenti con politiche del lavoro, mi sono confrontata con l’offerta di interventi di incentivazione economica alle imprese, di esperienze formative *on the job* (tirocini) per i giovani in rapporto a problemi nominati crisi economica, disoccupazione giovanile. Problemi che, esplorati nell’incontro con la domanda territoriale (giovani disoccupati, imprese) si traducono in disorientamento giovanile nelle scelte lavorative e formative, frammentazione delle esperienze, avidità e possesso dell’incentivo economico a discapito di un uso dello stesso entro propri progetti di sviluppo. Rendere pensabili le categorie “giovani”, “disoccupati”, “imprese” che organizzano l’erogazione di servizi è obiettivo di lavoro faticoso, non facile entro una cultura orientata dalla numerosità di interventi, ma è centrale per favorire un processo di comprensione e messa in discussione di quelle categorie altrimenti diagnostiche, asfittiche per giovani e imprese che, dopo avere assunto incentivi rimarrebbero soli con le stesse rappresentazioni. Si tratta di rivedere l’efficacia degli interventi centrati sulla distribuzione di risorse come esiti attesi, in rapporto a interventi centrati sull’analisi delle domande che, producendo consapevolezza in chi chiede e fruisce di servizi, funziona come attivatore di cambiamenti e produttore di sviluppo.

Nel CSM sto sperimentando¹ l’offerta di interventi di psicoterapia in rapporto a problemi nominati ansia, depressione, attacchi di panico, disturbi dell’alimentazione, ecc. Problemi che, esplorati nell’incontro con la domanda, rivelano difficoltà di adattamento nel lavoro, nella famiglia, nei rapporti amicali e sociali; paura della solitudine e della morte; difficoltà a fare delle scelte; non parlabilità delle emozioni vissute rispetto a eventi valutati come naturali e imm modificabili.

Rimandano a problemi di convivenza che vengono troppo spesso medicalizzati attraverso l’atto del diagnosticare disturbi. “L’individuo che crea potenziali problemi di rapporto, entro le relazioni familiari o sociali, assume lo statuto vero e proprio di “malato”. (Carli & Paniccia, 2014, p. 37). Utilizzerò il caso di una giovane donna che accede al CSM per disturbi alimentari e con la quale ho focalizzato l’intervento proprio sulla destrutturazione della sua rappresentazione di malata.

Istituzione del rapporto con il CSM e intervento

La premessa da cui parto è che la costruzione della committenza e la costruzione della domanda (Carli & Paniccia, 2003) rappresentino il primo passo del lavoro psicologico.

Per circa due anni ho svolto il tirocinio di specializzazione presso il servizio e con il tutor abbiamo concordato la mia implicazione nell’attività clinica con i pazienti che vengono inviati agli psicoterapeuti da parte degli psichiatri del servizio. Il tutor mi ha messo in contatto con lo psicoterapeuta che nel servizio è referente per gli invii da parte degli psichiatri. Lo incontro e mi faccio l’idea che l’invio dei pazienti oscilla tra “quando lo psichiatra ritiene utile un percorso psicoterapeutico o il paziente ne fa richiesta (ne ha bisogno il paziente)” e “quando lo psichiatra non sostiene più il paziente, lo vuole “mollare” (ne ha bisogno lo psichiatra)”. Mi parla di tre casi che pensa di affidarmi, rimaniamo d’accordo che contatterà lui i pazienti per proporre loro un appuntamento e mi confermerà chi incontrerò. L’avvio dell’attività è stato travagliato, in

¹ Il rapporto con il CSM sta, attualmente, proseguendo attraverso un progetto annuale di volontariato.

particolare con l'esperienza dei due pazienti che dopo aver concordato l'appuntamento non sono venuti; mentre la terza paziente è venuta al primo incontro poi non è più venuta, avvisando di un suo ricovero in ospedale. Sembra non aver più fatto ritorno nemmeno agli incontri con lo psichiatra che la seguiva. Questi primi indizi hanno posto l'accento su una questione, ancora aperta a mio avviso, che riguarda l'*invio* dentro la struttura. È aperta la questione su come trattarla, come lavorarci. Io, per esempio, ho iniziato l'attività un po' come se l'*invio* fosse cosa buona e giusta per il paziente. O forse per lo psichiatra. L'*invio* ha un ruolo molto importante nel rapporto psichiatra-paziente che non può essere sottovalutato, ignorato. Quel rapporto è un patrimonio che entrerà, esplicitamente o implicitamente, nel rapporto psicoterapeuta-paziente. Con queste esperienze di "invii mancati" tengo a mente il rischio e il costo che dentro il servizio può avere muoversi senza un coordinamento con le figure professionali implicate rispetto all'*invio*.

Il caso che resoconterò mi viene inviato direttamente dalla psichiatra di riferimento, con la quale avevo già avviato una modalità di scambio a partire dall'*invio* di un caso per il tramite del referente del servizio. Resoconterò il processo psicoterapeutico con l'utente e la costruzione del lavoro con la psichiatra di riferimento, utilizzando l'*invio* come momento fondante un lavoro congiunto. Abbiamo costruito condizioni (incontri, resoconti, scrittura sulla cartella clinica) per uno scambio utile a orientare le due offerte professionali, psichiatrica e psicoterapeutica, che il servizio propone all'utente. Ciò si è realizzato condividendo l'obiettivo di mettere a fuoco le questioni emerse nel lavoro psicoterapeutico, cosa stiamo capendo della domanda che l'utente fa al CSM.

L'avvio dell'intervento è preceduto da un incontro con la psichiatra inviante, per condividere le motivazioni dell'*invio* e una ricostruzione del caso; un incontro con il tutor che insieme a una collega, ex tirocinante del servizio, avevano lavorato con la famiglia dell'utente; la lettura dei resoconti prodotti dalla collega sul lavoro svolto.

A dicembre 2013 inizio il lavoro con Beatrice, una giovane di 21 anni a cui è stata diagnosticata un'anoressia nervosa con condotte di eliminazione e gesti auto lesivi (APA, 2014). Dall'incontro con la psichiatra vengo a conoscenza che Beatrice è uscita di recente da una struttura per problemi alimentari dove è stata ricoverata, per circa otto mesi, per le criticità delle sue condizioni di salute. Beatrice è in rapporto con la psichiatra da febbraio 2011 e anche la sua famiglia è stata in rapporto con il CSM (il fratello, con disturbo ossessivo-compulsivo; la coppia genitoriale seguita dal servizio dal 2011 al 2012). Beatrice è l'unica ad avere ancora un rapporto attivo con il servizio. Colgo il coinvolgimento della psichiatra rispetto a questo caso che ha mobilitato diverse risorse del servizio. Ha incontrato Beatrice all'uscita dal suo ricovero in clinica la quale le ha manifestato il desiderio di continuare a fare psicoterapia perché sente il bisogno di lavorare sulla sua problematica.

Comincio a pormi la questione di come possono interloquire diagnosi e domanda.

La diagnosi come quell'operazione che rimanda all'etimologia greca del termine: "riconoscimento, discernimento, distinzione, ma anche valutazione, decisione" (Cioni & Poli, 2003, p. 323). La domanda come quell'operazione risultante dall'analisi della relazione che chi pone la domanda organizza con il professionista a cui si rivolge (Carli & Panizza, 2011). È nella relazione di domanda che vengono riproposte le dinamiche emozionali vissute come problematiche, da chi pone la domanda, nei propri contesti relazionali di riferimento. Ciò, dunque, apre al tenere presente quanto l'atto del diagnosticare sia "una operazione relazionale, le cui implicazioni emozionali operano profondamente negli attori coinvolti" (Di Ninni et al., 2014, p. 28).

La prima volta che incontro Beatrice mi colpisce il contrasto tra il suo volto "ben nutrito" e le sue gambe esili; vedo i segni di lesioni sulle mani quando le toglie dalle tasche per salutarmi. Durante la seduta rievoca, con lo sguardo perso nel vuoto, le esperienze della sua vita come una cantilena più volte ripetuta. Dichiara di voler capire cosa ci sia dietro il suo disturbo. Ritiene positiva l'esperienza fatta in clinica e la psicoterapia iniziata lì, ma costretta a interrompere perché rivolta ai ricoverati. Vive questa interruzione come abbandono e inizia il rapporto con me attraverso una provocazione: "penso che nessuno mi potrà dare quello che mi ha dato lui", riferendosi allo psicoterapeuta della casa di cura. In quell'occasione, le rimando la possibilità di parlare di quel rapporto e utilizzare quell'esperienza quando lo avrebbe ritenuto utile. La provocazione è una modalità relazionale che ripropone spesso. Sembra, ogni volta, lanciare una sfida chiedendo che le venga dimostrato qualcosa. Ha bisogno di provocare per sentirsi in rapporto.

Mi sembra di capire che l'uscita dalla clinica abbia significato per lei una messa in crisi del suo rappresentarsi come malata. Come a dire che il non essere più ricoverata, protetta da una struttura che si occupava di organizzarle le giornate entro una serie di attività previste, la riportava a confrontarsi con i temi

del vivere, gestire e dare senso alla sua vita fuori da quella struttura. Beatrice stava chiedendo che prendessi in carico il suo vissuto di malattia, il suo viverci come malata (Carli & Paniccia, 2014).

Beatrice è diplomata al liceo artistico e attualmente lavora come segretaria presso lo studio di un'avvocata. Quando iniziamo la psicoterapia, esce di rado, parla di pochi amici e si sente apatica. Durante i primi mesi parla quasi esclusivamente del rapporto conflittuale con la famiglia. Con il fratello Luca (24 anni), che con il suo disturbo ossessivo compulsivo rimane chiuso in casa ripetendo i rituali ossessivi, Beatrice vive sentimenti ambivalenti nei suoi confronti: da una parte di paura, odio perché la madre le chiede sempre di occuparsi di lui; dall'altra di simbiosi con lui per via delle comuni esperienze di "malattia". Descrive il padre come una persona autoritaria con cui è difficile parlare; racconterà episodi violenti (fisici e verbali) entro un rapporto centrato, prevalentemente, su una dinamica di sfida. Come quando riferisce di aver interrotto il karate (che faceva dall'età di 6 anni) per contraddire il padre²: "Non volevo più le pressioni di mio padre, mi ha sempre vista come un maschio". Descrive la madre come una donna che nega i suoi bisogni e verso la quale prova rabbia perché si sente continuamente controllata e pressata da lei.

Racconta che a 14 anni pesava 50-51 kg, le piaceva il cibo e non riusciva a smettere di mangiare. Poi, durante alcuni stage di karate deve seguire un regime alimentare che le consente di perdere peso. Si piace e non vuole più ingrassare. Scopre il vomito e inizia l'esperienza rituale dell'abbuffarsi – rigettare – auto lesionarsi. In quel periodo il fratello veniva già seguito dal servizio, e da quanto racconta Beatrice stava monopolizzando la sua famiglia attorno ai suoi comportamenti "incomprensibili". Credo che l'ossessione per il controllo del cibo diventi il modo attraverso cui sente di poter controllare emozioni della sua vita. Come se le restituisse una sensazione di potere nei confronti di quello che vive come imposizioni da parte del contesto familiare e sociale (Fanelli & Terri, 2007).

Il lavoro che faccio con Beatrice è quello di aiutarla a riconoscere e pensare ciò che prova nelle esperienze di cui mi parla. In una prima fase, gli eventi sono messi a carico degli altri: dei genitori cattivi, della famiglia cattiva, degli amici assenti e lei si sente vittima di tutto. In questa rappresentazione è assolutamente impenetrabile. Sembra proporre, anche nel rapporto con me, un'emozione di freddezza, di rigidità quasi a garanzia che tutto rimanga fermo, intoccabile. In una seduta riuscirà a dire di sentirsi un "robotto", priva di sentimenti, anche in terapia. Sentendone la provocazione le dico "non ci credo che lei non sente emozioni, cioè io penso che non sentire emozioni è il modo che lei propone per stare in rapporto con le persone. Quindi, un modo per controllare le sue emozioni". Lo svelamento del falso che proponeva consentirà dei cambiamenti nel rapporto con Beatrice; cambiamenti che rintraccio nel suo spostamento dal leggere le esperienze centrando le colpe sugli altri al focalizzarsi sulle difficoltà che sente nel suo modo di stare in rapporto.

Ogni volta che parla di eventi sintomatici – abbuffate, rigetti, pensieri ossessivi, attacchi di panico – proviamo a costruirne il senso, storicizzandoli: quando? con chi? in rapporto a cosa? Introdurre la dimensione storica, ponendosi domande su ciò che succede e su ciò che vive la aiuta a riconoscere le emozioni che prova e a recuperare la possibilità di pensarle. Gli episodi rivelano sempre le difficoltà di Beatrice nel gestire i rapporti nel contesto lavorativo, con la famiglia, con gli amici, con il fidanzato. Un primo vissuto che emerge e su cui lavoriamo è la solitudine che sente nei rapporti e il suo non sentirsi all'altezza, che la porta a boicottare qualsiasi cosa per paura di confrontarsi con la delusione del non riuscirci. E, quindi sperimentare l'impotenza. Riconosce le due modalità prevalenti di stare in rapporto: la *dipendenza* dagli altri che le consente di confermare l'immagine di ragazza ideale attraverso un fare (studiare, lavorare) che risponde ad aspettative altrui; la *trasgressione* come unica possibilità che si concede per riconoscere e vivere il suo piacere. Anche il sentirsi malata è percepito come trasgressivo: "ho qualcosa che gli altri non hanno, mentre per il resto mi sento omologata". Un obiettivo dell'intervento che abbiamo condiviso è stato proprio quello di destrutturare il ruolo di malata con cui ha imparato a esercitare un controllo sugli altri, sollecitando aspettative di protezione. Come faceva con me, quando a inizio seduta elencava episodi aspettandosi che fossi a io a decidere di cosa parlare.

Nel corso del lavoro, con la psichiatra che incontra Beatrice per la terapia farmacologica abbiamo organizzato degli incontri di confronto. La condivisione delle mie letture, attraverso incontri e resoconti,

² Anche il padre è karateka e ci tiene a precisare "cintura nera 3° dan di Karate". Il dan è il grado di perfezionamento della maestria tecnica delle cinture nere che va dal 1° al 10° dan.

circa le problematiche portate da Beatrice, i cambiamenti resocontati da Beatrice stessa alla psichiatra³ hanno esitato nella decisione della psichiatra di eliminare dalla terapia farmacologica un farmaco stabilizzatore dell'umore.

Apertura a interrogativi tra certezze sintomatologiche

Beatrice è passata a interrogarsi sulle difficoltà che sente: “non so mai cosa voglio, non so neanche io come sono, chi sono”. Pensare i sintomi ha fatto venire alla luce i vissuti di solitudine, di inadeguatezza rispetto a scelte, desideri, piacere. Vissuti che evocano fantasie di violenza, come quando si abbuffa e rigetta dopo aver ricevuto una sgridata durante il lavoro: riconosce la violenza rimasta inespressa rispetto alla paura di essere fatta fuori. Condivido con lei che ciò a cui stiamo lavorando in questa fase dell'intervento è la possibilità di scoprire i suoi desideri e attrezzarsi per realizzarli; di sviluppare competenze a costruire rapporti finora ingurgitati/rigettati attraverso l'alibi della malattia che l'ha deresponsabilizzata dal farsene carico. Quindi, la possibilità di mettere in discussione il pensare i rapporti esclusivamente entro l'obbligatorietà come strategia di difesa rispetto al chiedersi cosa desidera in quei rapporti e implicarsi per realizzarlo.

La dinamica simbolica inconscia del disturbo alimentare sembra parlare dell'idea di poter far andare le cose come vuole lei, di gestirle a suo piacimento, come quando riduce la grammatura (prescritta dal nutrizionista) di quello che mangia, decide di non mangiare alcune cose (il dolce che associa al piacere) e se non resiste e le mangia, poi rigetta. Questa modalità di rapporto con il cibo rivela una fantasia di onnipotenza che agisce rispetto alla possibilità di controllare, gestire i rapporti. Come se mangiare e poi vomitare le consentisse di riportare tutto a zero. Riconosce questo come un modo “di scappare dai problemi” e dice di utilizzarlo come forma di rilassamento. Una sorta di compensazione rispetto all'impotenza che sente di vivere nei rapporti. Spesso discutiamo in terapia il suo chiedere come acquisire potere nei rapporti, attraverso il suo tentativo di dare a me il potere di decretare chi ha torto o ragione, cosa sia giusto e cosa no.

Beatrice negli ultimi mesi ha ripreso a uscire, si è iscritta in palestra e l'estate scorsa ha organizzato la sua prima vacanza all'estero con delle amiche, pagata con i soldi guadagnati con il suo lavoro. Ha anche superato il test di ammissione all'Università e si è iscritta, ma è dispiaciuta per non poter seguire le lezioni per via del lavoro. Da qualche mese è fidanzata e sente che sta facendo entrare il fidanzato nella sua vita, come sta facendo in terapia portando le difficoltà che vive nel rapporto con lui, su cui sente l'esigenza di pensare. Stiamo ora lavorando su come sta vivendo questo rapporto e su una attuale crisi che le fa sentire un raffreddamento del loro rapporto. Racconta un episodio in cui discute con il fidanzato che la rimprovera per non aver fatto delle cose e lei lamenta di quanto lui non riconosca invece tutto ciò che lei fa per lui (andare a casa sua tutte le sere, preparargli un dolce che gli piace, ecc.) sacrificandosi e facendo delle rinunce (come fare tardi la sera con lui pur alzandosi presto al mattino, rimandare lo studio).

In quest'ultimo periodo, racconta anche di aver ridotto drasticamente i rigetti e di aver iniziato a *masticare e sputare*, in particolare a colazione e dopo cena e solo per il dolce: biscotti, nutella. Riferisce che lo fa per sentirne la gratificazione. Le chiedo se non senta di star masticando e sputando anche nei rapporti, come con il fidanzato. Piange e dice di fare schifo. Esplorando maggiormente la genesi del masticare e sputare dice che ha iniziato a farlo dopo l'esperienza con un ragazzo con cui si frequentava e che però scelse la sua “ex fidanzata” e non lei. Si era sentita in quell'occasione masticata e sputata. Procedendo nel lavoro di facilitazione di pensiero sulle emozioni connesse a questa modalità sintomatica stanno emergendo anche vissuti di rabbia nei confronti della mamma, dei tentativi che questa mette in atto per controllarla, ad esempio nascondendole il dolce per paura che possa tornare ad abbuffarsi.

Credo che Beatrice stia vivendo un conflitto tra sperimentare dei cambiamenti e il voler rimanere attaccata alla rappresentazione di persona bisognosa di cura, in virtù della quale attaccare lagne, lamentarsi, pretendere che l'altro riconosca i suoi bisogni. Un esempio nella sua affermazione: “forse non guarirò mai completamente. O forse, sono io che voglio lasciare un po' questa cosa, così ho la possibilità di fermarmi ogni tanto perché non è facile”.

Penso che Beatrice riesca a fare questa dichiarazione perché ha iniziato a utilizzare l'esperienza di pensiero che attiviamo entro il rapporto psicoterapeutico. Più volte ripropone in terapia pensieri che abbiamo

³ In occasione del rinnovo della prescrizione del ciclo di 8 incontri (previsti dal servizio) che fa per lei la psichiatra, invito Beatrice ad accompagnare la richiesta del rinnovo della prescrizione con un racconto di ciò che sta facendo e a cosa pensa le stia servendo la psicoterapia.

condiviso, utilizzandoli per analizzare alcune situazioni che ha vissuto. Sta utilizzando l'esperienza del "qui e ora" del setting nel "là e allora" delle esperienze nei suoi contesti (Scala, 2011, p. 134).

Conclusioni

L'intervento psicoterapeutico è stato centrato sulla lettura dei problemi portati da Beatrice attraverso il "disturbo" diagnosticato, utilizzandolo come pretesto per far emergere i significati che assumeva entro le relazioni che venivano rese oggetto di analisi. L'intervento ha provato a decostruire la rappresentazione di persona malata che la paziente proponeva e che poteva trovare facile collusione entro un contesto che presuppone malattie mentali a fondamento dell'erogazione del proprio servizio. Una rappresentazione che Beatrice aveva appreso in famiglia come escamotage per farsi prendere cura di lei. Una rappresentazione che tendeva ad affondare lo sviluppo della sua competenza a riappropriarsi di suoi desideri, di sue capacità. Gran parte del lavoro psicoterapeutico si è incentrato sull'esplorazione dei problemi che vive nella convivenza sociale e familiare. Non è stato puntato sull'attenuazione di sintomi, ma sulla ricerca di significati di quei sintomi a partire da emozioni, vissuti ed esperienze collegate. È stata promossa una facilitazione a pensare le emozioni come momento di passaggio importante tra le fantasie con cui si connotano gli oggetti interni ed esterni e la pianificazione dell'azione che passa attraverso il pensiero (Carli & Paniccia, 2014).

Una molteplicità di tecniche di intervento utilizzate nei cosiddetti casi di disturbi alimentari si fondano sull'attenuazione dei sintomi: uno per tutti il controllo del peso e di cosa e quanto mangiare. Viene fatto fuori l'elemento emozionale che è connesso al sintomo e che è in grado, una volta che se ne acquista consapevolezza, di attivare cambiamenti, riappropriarsi di quote di azione.

Credo che spesso Beatrice riporti i sintomi per richiamare un potere che le vieti o le prescriva cosa fare, per potersi permettere, poi, di trasgredirlo. Cioè di consentirsi il piacere sentendo di trasgredire un potere prescrittivo. Costruire l'intervento accettando di non poter categorizzare a priori una domanda consente di rintracciare piste di lavoro, far emergere problemi e riuscire a individuare potenzialità nella persona. In questo caso una diagnosi già c'era e con un certo peso anche, considerando gli anni pregressi di rapporto con il servizio e con la "malattia". Le possibilità costruite sono state quelle di potersi permettere di denaturalizzare quei sintomi, quelle emozioni medicalizzate e costruire significati che hanno provato a dare pacificazione a chi li viveva e aprire scenari anche per la psichiatra nel rapporto con Beatrice. Il rapporto costruito con la psichiatra ha assunto la forma di un coordinamento tra due offerte professionali diverse, ma parlanti tra loro. Abbiamo anche lavorato insieme per condividere il caso e la modalità di lavoro in una supervisione presso il servizio che ha consentito un confronto anche con altri professionisti che avevano lavorato in passato con gli altri componenti della famiglia di Beatrice. Così come ha consentito di condividere letture dei problemi.

La funzione psicoterapeutica dentro i servizi può contribuire a mettere in campo una competenza a trattare con una domanda che non possiamo più pensare come categorizzabile a priori ma che va conosciuta, significata dentro il contesto storico e sociale attuale. Il rapporto tra utenza e servizio diventa oggetto e strumento stesso con cui orientare l'offerta (Di Ruzza, 2014). Un prodotto di questa proposta entro il servizio si sta sviluppando nel rapporto con il referente degli invii alle psicoterapie, responsabile anche in tutto il dipartimento delle psicoterapie di gruppo. In un recente colloquio con lui si continuava a discutere la proposta, che mi faceva, di attivare un gruppo sulla scia della numerosità delle domande e a fronte di una scarsità di risorse che spesso genera tempi di attesa lunghi per l'utenza. Lo scambio ha generato la possibilità di verificare l'attivazione di un gruppo a termine (massimo 1 anno) dedicato a trattare la domanda di chi si rivolge al CSM, saperne di più sulle dinamiche che portano le persone a rivolgersi al CSM e su cosa si aspettano. Una sorta di ricostruzione dell'incontro tra domanda e servizio, esplorando anche quell'area di "non gravità" che accede al servizio e che parla il linguaggio della malattia per essere presa in carico. La dimensione del termine temporale sembra aver facilitato lo spostarsi dall'abitudine del creare gruppi centrati su disturbi o categorie, all'apertura a un gruppo potenzialmente meno definito, aperto a individuare questioni che verranno poste. Quindi, un gruppo non fondato su disturbi, patologie, ma che possa offrire a chi si rivolge al servizio uno spazio per pensare i problemi di vita che li hanno condotti lì, in cui il setting di gruppo è uno strumento per affrontare problemi che concernono le relazioni e che attraverso le relazioni di gruppo possono essere resi visibili, riconosciuti, pensati e affrontati. Tracce per lavorare alla costruzione della committenza e allo sviluppo di questa domanda.

Bibliografia

- APA, (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition]. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bifulco, L. (2012). Governance e territorializzazione: il welfare locale in Italia tra frammentazione e innovazione. [Governance and territorialization: local welfare in Italy between fragmentation and innovation]. *Cadernos Metr pole*, 27, 41-57.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza. L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. [The culture of mental health services in Italy. From psychiatric patients to new users. The evolution of demand for help and of relational dynamics]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2012). Convivere [Living together]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 184-200. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for "mental illness" genesis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Cioni, P., & Poli, E. (2003). Diagnosi e definizione di malattia in Psichiatria [Diagnosis and illness definition in Psychiatry]. *Journal of Psychopathology*, 4, 323-326.
- Di Ninni, A., Scala, F.V., 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 health]. *Quaderni della Rivista di psicologia Clinica*, 2, 26-35. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Di Ruzza, F. (2014). Tra cronicit  e desiderio. Una esperienza di intervento psicologico clinico entro i Servizi di Salute Mentale [Between chronicity and desire. An experience of clinical psychological intervention within Mental Health Services]. *Quaderni della Rivista di psicologia Clinica*, 1, 35-50. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Fanelli, F., & Terri, F. (2007). L'anoressia nella stampa divulgativa e scientifica: modelli culturali, criticit  e linee di sviluppo [Anorexia in scientific journals and the press: cultural models, critical points and lines of development]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 152-168. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Ministero della Salute (1978). *Legge 13 maggio, n. 180: "accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"* [May 13, law No. 180: "Checks and health care volunteers and obligatory"]. Retrieved from <http://www.salute.gov.it>
- Ministero della Salute (1994). *Decreto del Presidente della Repubblica, 7 aprile 1994: progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996"* [Presidential Decree of 7 April 1994 on the Project-Objective "Mental Health Protection 1994-1996"]. Retrieved from <http://www.salute.gov.it>
- Ministero della Salute (1999). *Decreto del Presidente della Repubblica, 1  novembre 1999: progetto-obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"* [Presidential Decree of 1 November 1999 on the Project-Objective "Mental Health Protection 1998-2000"]. Retrieved from <http://www.salute.gov.it>
- Paniccchia, R.M., Di Ninni A., & Cavalieri P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale [An intervention in a Mental Health Centre]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-95. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccchia, R.M., Dolcetti F., Giovagnoli F., & Sesto C. (2014). La rappresentazione dell'Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento [The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental

Health Services in a group of roman citizens: A researchintervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 186-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Scala, F.V. (2011). Ambulatorio e territorio. Considerazioni sull'operare clinico nei Centri di Salute Mentale [Surgery and territory. Considerations on clinical work in the Mental Health Centers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 134-13. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>