

When diagnosis is a problem: The relationship between the offer of local health services and the demand for diagnosis

Paolo Olivieri*

Abstract

In the following paper I propose some instruments of psychological intervention which are based on a psychoanalytic model for the analysis of relations, aimed at developing the relationship between the local services and the demands for diagnosis.

The hypothesis is that promoting the think ability of the relationship between the service user's demand and the institution, can be enacted through the redefinition of the field of analysis and intervention of clinical psychology: from the individual diagnosis focused on the patient, to the problem brought up by the person, problem intended as the core of the relationship between the individual and the context which the person experiences.

In this paper I report my work experience as traineeship and specializing student in clinical psychology at two different territorial contexts which share common characteristics: a Mental Health Center of a Local Health Agency of Rome and a Simple Operative Unit of Psychology within a hospital of Rome.

Keywords: diagnosis; problem; mental health center; hospital; health services; job.

* Psicologo clinico, specializzato in psicoterapia psicoanalitica.

Olivieri, P. (2016). Quando la diagnosi è un problema: Rapporto tra offerta psicologica nei servizi sanitari territoriali e domanda di diagnosi [When diagnosis is a problem: The relationship between the offer of local health services and the demand for diagnosis]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 34-41. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Quando la diagnosi è un problema: Rapporto tra offerta psicologica nei servizi sanitari territoriali e domanda di diagnosi

Paolo Olivieri*

Abstract

In questo articolo propongo strumenti di intervento psicologico, fondati su un modello psicoanalitico di analisi delle relazioni, volti allo sviluppo del rapporto tra servizi territoriali e domande di diagnosi.

L'ipotesi perseguita è che la promozione di una pensabilità del rapporto che si instaura tra la domanda posta dall'utente del servizio e l'istituzione passi attraverso la ridefinizione del campo di indagine e intervento della psicologia clinica: da diagnosi individuale a carico del paziente, a *problema* portato dalla persona, problema inteso come luogo centrale della relazione tra l'individuo e il contesto di cui fa esperienza.

Resoconto la mia esperienza di lavoro a partire dalla funzione di tirocinante specializzando in psicologia clinica, presso due contesti territoriali differenti ma con caratteristiche comuni: un Centro di Salute Mentale di una ASL del territorio di Roma, e una Unità Operativa Semplice di Psicologia, all'interno di un ospedale romano.

Parole chiave: diagnosi; problema; CSM; ospedale; servizi territoriali; lavoro.

* Psicologo clinico, specializzato in psicoterapia psicoanalitica.

Olivieri, P. (2016). Quando la diagnosi è un problema: Rapporto tra offerta psicologica nei servizi sanitari territoriali e domanda di diagnosi [When diagnosis is a problem: The relationship between the offer of local health services and the demand for diagnosis]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 34-41. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Introduzione

Questo articolo resoconta esperienze di intervento psicologico-clinico con orientamento psicoanalitico, svolte in due organizzazioni territoriali romane, differenti sia sotto l'aspetto organizzativo che storico: un Centro di Salute Mentale di una ASL e l'Unità Operativa Semplice di Psicologia di un Ospedale privato a vocazione religiosa.

Due contesti differenti, che si sono organizzati nel tempo per rispondere alla domanda di consulenza psicologica del territorio di riferimento. Una domanda che da dieci anni a questa parte si esprime con connotazioni nuove e inattese, per leggere le quali entro la letteratura psicoanalitica ci si sta dotando di nuove categorie (Paniccia, Di Ninni & Cavalieri, 2006).

L'assetto dei servizi territoriali che oggi noi conosciamo, nasce dalla legge 883 del 1978, con la quale vengono create le Unità Sanitarie Locali (USL), unità con funzioni amministrativo gestionali, che nel 1992 lasceranno il posto alle Aziende Sanitarie Locali (ASL).

La territorializzazione dei servizi sanitari fa sì che per ogni Azienda Sanitaria Locale sia istituito un Dipartimento di Salute Mentale (DSM) composto da sottostrutture diverse per mandato e ambito di attività. Questo cambiamento di paradigma propone un cambiamento culturale molto importante per i servizi che operano nell'ambito della salute mentale.

Contestualmente, negli anni Ottanta e Novanta si assiste a un incremento del numero degli psicologi, che portano nei servizi una proposta professionale caratterizzata da una tecnicità che replica l'assetto psicoterapeutico, poco orientata ai contesti, assunta in una posizione spesso dichiaratamente ancillare del ruolo medico.

In questo clima nascono le prime esperienze di "accoglienza", come funzione organizzatrice dell'offerta di servizi della struttura territoriale (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli & Sesto, 2014).

Nella mia esperienza come tirocinante in ambito sanitario ho trovato un'offerta psicologica frammentata nella diversificazione di ruoli che, in una logica di sommatoria degli interventi, sono presentati come un ventaglio di prestazioni specialistiche costruite ad hoc per le diverse diagnosi.

La diagnosi, applicata all'interno di diverse ipotesi teoriche, a volte opposte tra loro, è lo strumento discriminante la patologia del singolo, e, nel caso degli psicologi esclusivo terreno di confronto con il modello medico per quella parte della psicologia ancora incerta sulla propria funzione clinica.

Se al posto della diagnosi adottiamo il costrutto di problema, inteso come luogo centrale della relazione tra persona e il suo contesto (Carli, 2016), possiamo proporre un intervento utile per l'utente/cliente del servizio, e per chi a quel servizio partecipa, anche in veste di operatore, dotando i servizi di metodi psicologico-clinici utili per la lettura della domanda.

La diagnosi, in linea con il modello medico, definisce la psicopatologia del singolo, mentre considerare il "problema" portato rende possibile esplorare le modalità di rapporto tra l'individuo e i propri contesti di convivenza, familiare e lavorativo, facendo ipotesi su quali fallimenti collusivi cerca di ripristinare nella domanda portata al servizio.

In altri termini, il problema ci parla del luogo in cui porre l'intervento, ovvero della relazione tra l'individuo e il suo contesto.

In entrambe le strutture in cui ho fatto esperienza come specializzando in psicoterapia psicoanalitica mi sono confrontato con la possibilità di significare, in modo utile per chi portava la domanda, richieste di consulenza che vertevano sulla necessità di certificazione di disturbi di matrice psicologica, derivanti da situazioni lavorative violentemente subite dal lavoratore.

Nel CSM, a partire da richieste di certificazione che arrivavano al servizio, è stato organizzato un gruppo che verteva sui problemi legati al lavoro; mentre nell'Ospedale l'intervento che resoconto è un rapporto di consulenza psicologica con un utente, inviato per un supporto psicologico durante una causa di mobbing.

Entrambe le esperienze sono state riferite a una metodologia d'intervento psicoanaliticamente orientata, attenta alle relazioni, utile nel ridefinire domande, che sconfirma l'adesione acritica alla cultura collusiva del contesto in cui la stessa domanda di intervento nasce.

Una metodologia in cui il pensare il contesto, in questo caso lavorativo, diventa obiettivo e metodo del lavoro psicoanalitico. Pensare il contesto equivale ad analizzare non solo le simbolizzazioni affettive agite da chi pone una domanda d'intervento allo psicologo, ma anche quelle agite nel servizio a cui lo psicologo appartiene.

Guardando al mondo simbolico con cui sono elaborati gli oggetti della realtà, attraverso un pensiero sulla simbolizzazione emozionale collusiva, possiamo proporre un senso per la simbolizzazione stessa (Carli & Paniccia, 2001). L'adozione di questo modello, di matrice psicoanalitica, permette di lavorare in contesti

differenti, cogliendo, nella relazione con il consulente psicologo a orientamento psicoanalitico, elementi che possano dare informazioni sul modo in cui si viene simbolizzati affettivamente dall'altro.

L'intervento psicoanalitico si organizza sul rapporto tra l'individuo e il contesto di appartenenza: connotando culturalmente il rapporto nel *qui ed ora* dell'intervento psicologico, si promuove un pensiero sulle emozioni agite nel *là e allora* del contesto di appartenenza.

Nuove domande del territorio e funzioni dell'accoglienza nei servizi

L'ipotesi che mi orienta nel resoconto delle due diverse esperienze di tirocinio, è che le richieste di certificazione che arrivano ai servizi sono sempre anche una proposta relazionale da parte del richiedente al servizio.

La richiesta di certificazione è una dimensione permeante la professione medica. In ambito medico-psichiatrico, quindi, la richiesta di certificazione assume delle dimensioni fantasmatiche proprie che, se non analizzate, creano dei cortocircuiti nel rapporto tra richiedente (sia utenti che committenti, come ad esempio i giudici) e il servizio.

La parola certificato, dal latino *certus*, da *cernere*, rimanda a separare, scegliere, il cui figurativo indica il verbo decidere, deliberare: ciò che è separato dal falso o meglio ciò che è deciso, fissato, rimanda a una dimensione di potere che decide e rende legge.

Tali dimensioni simboliche possono essere negate sia dagli invianti che dall'accoglienza dei servizi, se non vengono riconosciute come tali, e possono essere routinariamente smistate alle prassi previste, tra cui quelle diagnostiche hanno particolare rilievo.

Nella proposta presentata si delinea una possibile funzione psicologica che promuove la pensabilità nel rapporto di domanda e 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.

L'analisi della domanda si rivela una preziosa fonte d'informazioni sulla richiesta posta dal cittadino nei confronti di un servizio aperto al pubblico, specialmente in quelle domande volte a trattare i cosiddetti "disturbi emotivi comuni", rivelandosi una risorsa utile alla riorganizzazione dei servizi sanitari, da puri assetti di cura, a servizi più orientati alla soddisfazione del cliente.

Da alcuni anni a questa a questa parte le strutture sanitarie ambulatoriali, infatti, si trovano a trattare delle nuove richieste di consulenza, su problemi non direttamente inquadrabili nelle consuete categorie diagnostiche con cui il territorio si presenta (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli, & Sesto, 2014).

Quando parlo di nuove domande, quindi, faccio riferimento a richieste di intervento e presa in carico di un'utenza orientata dall'offerta dei servizi su problemi diagnosticati come: ansia, attacchi di panico, mobbing. Tali domande se vengono esplorate, portano alla richiesta di sviluppare risorse per analizzare i propri contesti di convivenza, come alternativa alla diagnosi di disturbi emotivi comuni categorizzati a partire da una presunta normalità.

In altri termini, mentre con la diagnosi ci è precluso un lavoro sul rapporto con l'utente del servizio, con il vertice sul problema proposto lavoriamo a partire della relazione dell'individuo con il suo contesto, così come si organizza nella relazione con noi, e con quindi con il servizio.

Nell'intento di connettere sintomi e sistema sociale, e di esplorare possibilità di sviluppo, sia il rapporto tra psicologo e cliente che i servizi che il contesto sociale di chi pone la domanda diventano centrali perché l'intervento possa avere una qualche efficacia.

Nelle esperienze di ricerca di questi ultimi anni emerge come l'organizzazione attuale dei servizi sanitari territoriali si confronti con una richiesta inusuale, non immediatamente esauribile nell'offerta proposta; una richiesta che, come dicevamo, parla del rapporto tra domanda e offerta e di possibili nuovi assetti clinici.

Il servizio di accoglienza di un CSM

Nel servizio di accoglienza del CSM di cui resoconto, l'attenzione alle proposte relazionali insite nelle domande volte dal territorio ai servizi, ha permesso di contestualizzare quelle che possiamo definire le nuove domande emerse in molte esperienze di alcuni colleghi psicologi clinici atti all'utilizzo di un modello di analisi delle relazioni fondato psicoanaliticamente (Vari & Bernardini, 2010).

In questo scritto utilizzo il termine territorio facendo riferimento a uno specifico costrutto che definisce il contesto entro cui prendono forma e senso dinamiche sociali, problemi e domande di intervento; un organismo parlante, che organizza una domanda che però spesso viene elusa. Da questo costrutto è possibile

recuperare un'altra componente distintiva della territorializzazione, quella di mettere in rapporto il funzionamento dei servizi con la conoscenza della domanda dell'utenza (Sarubbo, 2015).

Servizi e territorio sono categorie da interrogare continuamente, limiti funzionali all'intervento psicoterapeutico che consentono di intercettare nuove domande sociali o nuove forme attraverso cui queste si esprimono (Di Ninni, Scala, Bellavita, Bianco, Olivieri, & Sarubbo, 2014).

Nel CSM in questione l'accoglienza è pensata come una équipe trasversale alle altre¹, composta da operatori che partecipano alle altre équipe.

All' équipe dell'accoglienza è affidata la responsabilità di discutere dei casi in ingresso al servizio: la prassi prevede che i pazienti che richiedono una consulenza debbano effettuare uno o più colloqui di "accoglienza" con un medico o psicologo.

L'incontro dell'équipe di accoglienza è il momento in cui gli operatori riportano i casi dei nuovi ingressi e ne valutano le possibilità di invio, all'interno del CSM o all'esterno.

Partecipo a questi incontri come specializzando e spesso mi capita di farmi domande e fare ipotesi sui possibili invii.

Durante una serie d'incontri sembra mergere una domanda latente, che si propone al servizio attraverso una serie di invii effettuati da medici di base di persone che lamentavano stati ansiosi e depressivi in seguito a episodi legati al lavoro.

Gli invii nascono dalla richiesta, più o meno dichiarata, di certificazione psichiatrica a seguito di episodi vissuti dai pazienti come lesivi della propria dignità professionale, all'interno dei loro ambiti lavorativi: certificazioni richieste, spesso, per essere utilizzate in cause di servizio.

A seguito di questi invii, il servizio si trova a dover trattare un'utenza che si presenta con complessi vissuti legati al proprio ambito lavorativo.

La complessità della risposta sembra nascere principalmente da due ordini di fattori: l'insufficienza della certificazione come risposta alla domanda, e l'invischiamento emozionale vissuto dagli operatori del servizio di formazione medica nel trattare i vissuti derivati dall'impotenza proposta dai richiedenti.

Di fatto, alla richiesta di certificazione il servizio aderisce senza colpo ferire, colludendo con la proposta di essere visto come chi viene aggredito dalla propria organizzazione del richiedente, che diventa così la vittima legittimata del contesto lavorativo ostile.

Ricordo il commento di un operatore stupito del fatto che dopo aver rilasciato la certificazione utile ai fini medico legali, e aver dato una terapia farmacologica a suo modo di vedere adeguata, il paziente continuava a venire chiedendo colloqui.

È possibile notare come la non competenza a trattare le dimensioni emozionali della domanda porti all'insoddisfazione dell'utente e alla frustrazione dell'operatore da una parte, e allo spreco di risorse dall'altra.

Durante una riunione dell'équipe dell'accoglienza emerge la possibilità di trattare queste richieste come una nuova domanda portata al servizio, trattabile a partire dall'ipotesi che non ci si dovesse limitare a trattare i richiedenti come "vittime", ma anche e soprattutto come persone che vivevano la difficoltà a stare in rapporto con i propri contesti lavorativi, in particolare nel distinguere tra fatti e vissuti entro organizzazioni lavorative complesse. Buona parte del lavoro è consistito nel costruire categorie psicologiche che permettessero di leggere le richieste di certificazione come proposte relazionali da parte del richiedente.

Il gruppo sui problemi di lavoro

Viene creato un gruppo sui problemi di lavoro, composto da quattro persone, tra cui io. In un contesto come il CSM, che tende a non valutare il costo delle risorse e tendenzialmente cronicizzante l'utenza, scegliamo un setting grupitale chiuso e con un numero di incontri limitato (8), adottando il limite come organizzatore del lavoro (Vari, 2011).

Questa ipotesi, condivisa con l'équipe di accoglienza diviene oggetto di discussione fin dall'invio del paziente al gruppo: lavorare a partire dal limite diviene proposta di intervento.

Il discutere sulle nostre ipotesi ha permesso di rendere visibile quale tipo di lavoro si proponesse nel gruppo. La chiarezza dell'ipotesi ha permesso agli invianti (spesso di formazione medica), di capire come si

¹ Nel CSM sono presenti quattro équipe, con un responsabile medico psichiatra e operatori psicologi, infermieri, assistenti sociali. A partire da queste quattro se ne compongono poi ulteriori due, l'équipe giovani adulti e l'équipe accoglienza, composte con una struttura a matrice trasversale alle quattro équipe principali.

organizzasse il lavoro nel gruppo, e di poterlo presentare ai pazienti in trattamento con loro come un intervento che integrava le visite mediche e la terapia farmacologica

Le tematiche trattate negli incontri di gruppo vertono prevalentemente sugli attacchi subiti dai “pazienti” da parte di propri superiori, vissuti come persecutori in grado di minacciare la loro salute mentale. Nei tre gruppi a cui ho partecipato, queste sono state le principali ipotesi interpretative:

- la differenziazione tra fatti e vissuti, come metodo per analizzare il contesto lavorativo;
- la ricerca di un persecutore come organizzatore dell’emozionalità che toglie risorse alla pensabilità di un contesto;
- analisi della proposta relazionale che si fa al servizio, come oggetto terzo su cui riflettere.

Il tenere a mente queste tre dimensioni ha permesso di attivare un processo di pensabilità da parte dei partecipanti al gruppo e di creare categorie di lettura dei problemi portati.

In conclusione, possiamo dire che partire dalle questioni individuate nell’équipe di accoglienza, è stato possibile mettere in discussione il modo in cui venivano trattate le richieste di chi portava problemi di lavoro etichettabili come “mobbing”, creando un dispositivo (il gruppo sui problemi di lavoro) che ha pure aperto la possibilità di replicare questo tipo di esperienza con altri “problemi” portati al CSM

Il lavoro nel gruppo ha innescato nell’équipe dell’accoglienza un’attenzione all’analisi della domanda portata dal territorio, dimostrando come fosse possibile adottare metodi psicoanaliticamente fondati, utili a trattare problemi a partire da un’ipotesi di lavoro condivisa con gli operatori, rendendo al contempo “visibile” il lavoro.

L'accoglienza in una UOS di Psicologia

Resoconto ora un’esperienza di intervento psicologico-clinico a orientamento psicoanalitico, in un Ospedale cattolico del territorio romano in cui è attivo un servizio di psicologia clinica all'interno dell'Unità Operativa Semplice di Psicologia.

Il servizio accoglie sia le richieste che arrivano dai canali interni all'Ospedale (dai reparti o dal pronto soccorso, ad esempio) che dal territorio circostante (ASL, medici di base, Università, privati).

Nel servizio, l’ambito della valutazione e quello della consulenza psicologica coesistono; separati, indipendenti l’uno dall’altro, senza un pensiero meta sul senso della doppia proposta, “diagnostica” da una parte, “psicoterapeutica” dall’altra. Per questo motivo l’accoglienza, gestita in buona misura da tirocinanti, diventa un filtro delle richieste, che vengono definite come di consulenza o di diagnosi.

La richiesta di certificazione sembra afferire automaticamente all’ambito della diagnosi; ciò porta a una completa adesione al vissuto di urgenza portato nella richiesta di certificazione, spesso da parte dell’inviante (medico, tribunale, etc.).

Urgenza che congela la possibilità di pensare che la richiesta di certificazione è anche una proposta relazionale da parte del richiedente.

Ricordo un signore sui cinquanta anni inviato con una certa urgenza al servizio di psicologia da parte del reparto di oncologia. La richiesta era di "agganciarlo", ovvero di inserirlo in un percorso psicologico che lo rendesse capace di seguire con maggiore "partecipazione" la terapia salvavita.

Questo signore mi racconta di un vissuto complesso nei confronti dell'Ospedale, della proposta fattagli di assumere il ruolo del malato, di come non si riconoscesse in questa veste, a sua detta disarmante. Lui, uomo di cultura abituato a un ruolo di rilievo nella vita professionale, dopo il tumore aveva visto cambiare la sua vita radicalmente in un breve periodo di tempo.

In quel caso riuscimmo, col paziente, a recuperare una pensabilità su quanto accadeva nel rapporto tra lui e l’Ospedale, a partire da una sospensione dell’agito emozionale di “inviarlo” a una psicoterapia che lui viveva come più utile all’Ospedale stesso che a sé.

Generalmente la gestione dell’accoglienza, che come si diceva potrebbe essere un momento di intervento significativo, è trattata come una raccolta delle richieste che arrivano e che vengono smistate senza una condivisione di criteri efficace, in base alla turnazione dei tirocinanti presenti in quel momento nel servizio.

Ripenso a un invio che mi viene fatto da una collega per una richiesta su un problema lavorativo, in ragione della mia esperienza con il gruppo sui problemi del lavoro nel CSM nel precedente tirocinio.

Nella logica dello smistamento vengo identificato come “quello che si occupa di mobbing.

D. arriva in anticipo, con la valigetta ventiquattro ore accanto a sé, e in giacca e cravatta. Appena lo vedo nella sala d’attesa lo riconosco.

Dalle prime battute capisco che il nostro incontro si colloca nella chiusura della sua settimana lavorativa, di venerdì pomeriggio alle 17:00. Si presenta utilizzando un linguaggio molto ricercato, mi illustra il suo

curriculum e le sue competenze: è un dirigente affermato, un libero docente, un giurista e un saggista. Mi sento a disagio, come se dovessi darmi un tono.

D. rimarca più volte che la dottoressa X gli "ha consigliato" di iniziare una "terapia" con me.

Mi sembra di cogliere un certo disappunto per un rimpallo subito. Questo vissuto mi dice di un invio poco pensato, che ci convoca ora in un assetto da costruire.

Gli chiedo cosa pensa di voler fare di questo incontro. Dice che la questione è tutta lavorativa: lo stanno mobbizzando. Racconta di essere da sempre un abile dirigente di una azienda partecipata; ha avuto molti ruoli di prestigio e sempre in crescita. Nell'ultimo anno però è cambiato qualcosa da quando è arrivato il suo nuovo capo. Lo descrive come un uomo meschino e incompetente, che riesce a ricoprire il ruolo attuale non per meriti ma solamente in virtù della sua appartenenza a un gruppo di potere molto influente, che ne garantisce la posizione e ne perora le scelte. Da quando questo nuovo capo è arrivato è iniziato l'incubo.

In queste parole colgo un'analogia tra il nuovo capo giovane, appartenente al gruppo di potere, incompetente, e la mia figura, di giovane psicologo incompetente, che ha potere su di lui, dopo un invio effettuato in base a una diagnosi (mobbing), in cui il problema che lui porta non è stato preso in carico.

Mi racconta del demansionamento subito, dello scarico di responsabilità che ha coinvolto il suo settore dove, a detta sua, stanno assistendo al "si salvi chi può".

Quella che sembra in prima battuta un'asciutta e puntuale analisi organizzativa, si trasforma in una lamentela che mi convoca a partecipare alla proposta in cui lui è vittima del suo capo.

Come nel gruppo sui problemi del lavoro nel CSM, anche qui ritorna la dimensione persecutoria del capo carnefice e del sottoposto vittima.

In chiusura mi chiede il giustificativo della visita da presentare a lavoro, insistendo che non si dichiari la motivazione ma si rimandi genericamente a una "visita medica".

La richiesta del giustificativo mi sembra abbia a che fare con la richiesta di certificazione. Così come la certificazione viene fantasticata come un'arma da usare contro il persecutore identificato nel capo, ora il giustificativo sembrerebbe chiedere di trattare in modo scisso e passivizzante il suo malessere.

Sembra che D. stia tra passività rinunciataria e azione vendicativa.

Mi dice che questi incontri hanno una doppia utilità: da una parte può sfogarsi dei problemi accumulati durante la settimana, in modo da lasciarli fuori la porta di casa; dall'altra sono tutte potenziali frecce al suo arco contro il suo capo. Non vorrebbe arrivare a tanto, ma la depressione che ha in questo momento è colpa sua e questo è evidente.

A partire da questa proposta, guardare alla relazione come luogo del problema ci ha aperto delle possibili aree di lavoro, volte a dotare di senso una situazione critica, smettendo di guardare D. come un paziente diagnosticabile (mobbing/depressione), ma piuttosto come un individuo con un problema.

Il lavoro è stato volto a costruire una dimensione terza a partire dai due vissuti che caratterizzavano il suo essere lì con me nel colloquio: depressione o causa di servizio.

Interessandoci insieme della sua organizzazione e facendo ipotesi sul funzionamento della struttura nella quale lavorava, abbiamo provato a pensare possibili alternative che lo hanno portato, dopo un po' di tempo, a scegliere una collocazione lavorativa differente nella stessa azienda.

Conclusioni

La psicoterapia a orientamento psicoanalitico è uno strumento utile nello sviluppo organizzativo quanto nello sviluppo dei sistemi di convivenza, in quanto permette di rendere visibili e pensabili quelle dimensioni polisemiche proprie della costruzione emozionale della realtà (Carli & Paniccia, 2003).

Tenere a mente il modo simbolico emozionale con cui sono intenzionati gli oggetti della realtà diviene una risorsa di sviluppo nelle consulenze con le persone e con le organizzazioni.

Sono i contesti organizzativi di tipo sanitario ad essere maggiormente interessati da una richiesta di intervento psicologico sui problemi legati al lavoro, questioni che il senso comune medicalizza per permetterne una visibilità. Proporre un'alternativa alla medicalizzazione nel trattare un problema lavorativo è stata, spesso, una utile proposta di intervento.

L'utilizzo di un metodo psicoanalitico, e non della psicoterapia *tout court*, ha permesso di generare senso all'interno di contesti che richiedono questo tipo di funzione (vedi il CSM e l'Ospedale).

Credo che l'intervento psicologico clinico fondato su una metodologia psicoanalitica richieda una premessa sostanziale: la verità.

L'utilizzo della psicoanalisi per rispondere a domande apparentemente "impertinenti" se viste tramite le fantasie che si fanno sulla professione psicoterapeutica è un campo aperto di attuazione e approfondimento che consente anche di occuparsi di psicoanalisi su temi attinenti alle organizzazioni.

In questa proposta la psicoanalisi è una psicoanalisi delle relazioni, che si attua configurando relazioni, e proponendo un'alternativa trasgressiva alla prescrizione emozionale basata sul senso comune. È una psicoanalisi che promuove sviluppo sociale, ponendosi come un'offerta di servizi a partire da problemi e non da diagnosi.

Bibliografia

Carli, R. (2016). I fondamenti teorici dell'intervento psicologico clinico [Theoretical foundations of clinical psychological intervention]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of psychological clinical intervention]. Bologna: Il Mulino.

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>

Paniccia, R.M., Di Ninni, A., & Cavalieri, P. (2006). Un Intervento in un Centro di Salute Mentale [An intervention in a Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-96. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Paniccia, 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 research-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 186-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologia.it>

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>

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

Vari, R., & Bernardini, S. (2010). Il tirocinio presso le strutture per la salute mentale: Quale possibile committenza per i servizi? [The internship at the facilities for mental health: What possible client for the services?] *Rivista di Psicologia Clinica Supplemento al n.1*, 17-23. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>