

Cinque casi di assistenza domiciliare come intervento di psicoterapia psicoanalitica.

Maria Carlino*, Pamela Crisanti, Umberto Di Toppa*, Federica Di Ruzza**, Chiara Giovannetti**, Paola Izzo**, Renzo Carli*****

Abstract

L'articolo propone una riflessione sullo stato dell'arte dell'intervento psicoterapeutico psicoanalitico attraverso cinque casi di assistenza domiciliare. Nel contesto della domiciliarità lo psicologo è confrontato con interlocutori pubblici e privati, come tribunali, servizi sociali e sanitari, cooperative sociali, famiglie, portatori di domande diverse e spesso intrappolati entro azioni rituali a cui lo psicologo è chiamato a dare senso e sviluppo.

Parole chiave: assistenza domiciliare, intervento psicoterapeutico psicoanalitico, disabilità, famiglia, servizi socio-sanitari.

Premessa¹

“Ci sarà sempre qualcuno che chiederà di ‘fare un’analisi’! Ma saranno sempre di meno.” Così affermava una collega nel corso di una discussione sul “futuro” della psicoterapia psicoanalitica. Di fatto, il complesso campo delle psicoterapie si presenta sempre meno condizionato dalle tecniche e sempre più orientato ai problemi delle persone.

Diamo uno sguardo al panorama delle psicoterapie. L'offerta è aumentata enormemente, in Italia, nel corso degli ultimi tre decenni. Le cause di questo sono state ampiamente discusse, anche dalla nostra Rivista. Ricordiamo il forte incremento dei laureati in psicologia nel nostro paese, ormai vicini alla quota di centomila. Non basta; l'unica strada professionale, prevista per i laureati in psicologia, sembra essere il loro avviarsi quasi obbligato alla formazione post lauream in psicoterapia: conseguenza della formazione universitaria all'interno di corsi di laurea carenti sotto l'aspetto professionalizzante, disgregati al loro interno, scissi dai problemi del contesto. Una formazione che nella maggior parte dei casi presenta la psicoterapia come l'unica professione possibile per gli psicologi. Sovente questa affermazione deriva dal fatto che, chi insegna nei corsi di laurea in psicologia, sa fare solo lo psicoterapeuta; il più delle volte, lo psicoterapeuta entro uno studio “privato”. O sa immaginare solo questa professione.

Al tempo stesso, i servizi di salute mentale, diffusi sul territorio nazionale dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici, certamente si occupano – quale *mission* qualificante - dei malati psichiatrici gravi; ma sempre più diffusamente propongono interventi psicoterapeutici dedicati ai “portatori di disturbi emotivi comuni”.

* Psicologi clinici, specializzandi in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda. SPS (Studio di Psicosociologia), Roma.

** Psicologi clinici, Specialisti in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda. SPS (Studio di Psicosociologia), Roma.

*** Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 - "Sapienza" - Roma, membro della Società Psicoanalitica e dell'International Psychoanalytical Association. Editor-in-chief della *Rivista di Psicologia Clinica* e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

¹ A cura di Renzo Carli.

Questa proposta ha diffuso un'offerta di psicoterapia a buon mercato, potenziando la domanda nel campo, anche all'interno di fasce sociali che mai sarebbero state interessate alla costosa psicoterapia entro gli studi privati degli psicoanalisti, dei terapisti sistemici o dei terapisti cognitivisti. Quanto all'enorme diffusione delle scuole di formazione alla psicoterapia, ha contribuito alla progressiva complessificazione delle tecniche entro un'area, quella della psicoterapia appunto, che sembra raggruppare al proprio interno modelli teorici, teorie della tecnica, scuole di pensiero che poco hanno a che fare le une con le altre e che poco o nulla hanno, spesso, a che fare con la psicologia. Se seguiamo queste premesse potremmo legittimamente dire che, all'interno della professione psicologica, la confusione regna sovrana.

Ma le cose non stanno così. Negli ultimi anni stiamo assistendo a un mutamento entro l'azione professionale degli psicologi. Un mutamento organizzato, a nostro modo di vedere, da due eventi. Un primo evento è dato dallo spostamento dell'intervento psicologico, come abbiamo rilevato, dalla tecnica al problema del cliente. Si tratta di un cambiamento di grande rilievo e notevole interesse. Pensiamo che la "proletarizzazione" della psicoterapia, spesso così deprecata dagli psicoterapisti e dagli psicoanalisti in particolare, abbia avuto una funzione specifica in questo spostamento della domanda, dalla tecnica al trattamento del problema. Un tempo, penso agli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso, la psicoanalisi era un'esperienza che ci si proponeva di sperimentare quale avventura culturale, volta alla conoscenza di se stessi, più che per risolvere "problemi" personali e sociali. Il dibattito psicoanalitico attorno alle finalità della psicoanalisi, incerta tra le due polarità della cura e della conoscenza, era intenso e diffuso, in Europa più che negli Stati Uniti. All'epoca, è opportuno ricordarlo, gli psicoanalisti italiani erano poche decine, tutti raggruppati entro la Società Psicoanalitica Italiana. I clienti degli psicoanalisti, riflettiamo su questo rilievo, potevano essere non più di cento-duecento in tutta Italia.

Oggi, a distanza di quasi mezzo secolo, le cose sono davvero cambiate. Dopo la fase di attenzione alle tecniche e di sviluppo delle differenti scuole di psicoterapia, spesso attorno al tema dell'ortodossia nell'applicazione della specifica tecnica prevista, si è passati alla centralità del problema portato da chi si rivolge allo psicoterapista. O da chi è inviato, tramite il potere del mandato sociale, allo psicologo. Ricordiamo che i disturbi emotivi comuni, ansia, depressione, panico, disturbi alimentari sono, di fatto, disturbi comprensibili entro specifiche relazioni. L'attenzione alla relazione, più che al singolo individuo, ha comportato un profondo mutamento dei setting d'intervento psicologico clinico, quindi della professione psicologica. Pensiamo allo sviluppo dell'intervento psicologico entro la sanità ospedaliera, possibile se allo psicologo interessa trattare con quella soggettività dei pazienti che, il più delle volte, è ignorata dal sistema medico – infermieristico.

Oppure pensiamo all'area dell'intervento psicologico clinico domiciliare, trattata in questo contributo, fortemente sviluppata negli ultimi anni in molte zone d'Italia, per l'assistenza agli anziani, ai pazienti psichiatrici, ai disabili, a bambini e ragazzi diagnosticati nei modi più diversi, alle famiglie con problemi di vario genere, tra cui la "genitorialità". E' interessante notare come, nella maggior parte dei casi, l'intervento domiciliare sia vissuto dagli psicologi psicoterapisti come una perdita di prestigio e di "rilevanza sociale" nei confronti dei colleghi che fanno psicoterapia nello studio privato. Una lettura miope e stereotipale del lavoro domiciliare, che di fatto pone problemi interessanti di teoria della tecnica e di strategia d'intervento. Già il termine di "intervento domiciliare" è riduttivo e mal si adatta a modelli d'intervento che sono chiamati ad affrontare problemi molto diversi tra loro. Alcuni esempi sono presentati nei casi resocontati in questo articolo.

Pensiamo alla disabilità. I servizi socio-sanitari sono oggi consapevoli dei gravi problemi evocati, nel gruppo familiare, dalla convivenza con un loro membro disabile. La famiglia, se lasciata sola con questa sua componente imprevedibile nel comportamento, dall'espressività emotiva spesso incontenibile, non anticipabile nei suoi bisogni espressi in modo brusco o aggressivo, può distruggere il proprio equilibrio e trasformare le modalità di convivenza in interazioni difficili e distruttive per l'intero nucleo familiare. Lo psicologo che interviene in queste dinamiche familiari è chiamato a un lavoro difficile, complesso, volto a tradurre l'emozionalità della persona con problemi entro categorie di senso comprensibili a tutti, e al

contempo ad aiutare i familiari a sviluppare un pensiero sulle emozioni evocate dall'interazione tra loro. Un lavoro di mediazione che possa spostare la dinamica emozionale, spesso disperata e disperante, entro aree delimitate da obiettivi sino a quel momento non pensati, aprendo al desiderio e alla speranza. Un lavoro che richiede una profonda competenza psicoanalitica.

Ci sono, poi, i problemi familiari evocati dalla valutazione delle cosiddette competenze genitoriali e dalla minaccia di allontanare i figli dal nucleo familiare. Qui il mandato sociale per lo psicologo è ambiguo e spesso contraddittorio. Si pensa, ad esempio, che lo psicologo possa lavorare con genitori minacciati di allontanamento dei figli; si pretende che possa aiutare il gruppo familiare a sviluppare rapporti più sereni, competenze educative negli adulti della famiglia, entro un contesto di rapporti, tra famiglia e servizi, valutante e minaccioso: con servizi sociali che mettono in dubbio la competenza genitoriale e ne debbono far relazione al magistrato incaricato della decisione sulla permanenza dei figli entro il nucleo familiare. È una situazione d'intervento, come si può capire, molto difficile per lo psicologo clinico. Anche in questo caso la competenza dello psicologo può porre le basi per lo sviluppo di una relazione che, a partire dall'analisi del transfert e dall'acquisizione di una fiducia nel lavoro con lui, possa fondare nuovi modi di interazione entro la famiglia.

L'intervento domiciliare comporta l'interazione non solo con il nucleo familiare, quanto anche con il sistema culturale entro il quale la famiglia è iscritta. La competenza psicoterapeutica, in questa tipologia d'intervento, ha a che fare così con differenti e interagenti sistemi di rapporto: il rapporto tra psicoterapeuta e singoli membri della famiglia, quello con l'insieme dei familiari e con l'interazione tra loro, quello con le manifestazioni simboliche, mitiche e rituali della cultura entro la quale la famiglia è iscritta. E' evidente, ad esempio, che i problemi di "genitorialità" si pongono più frequentemente entro una fascia sociale marginale e spesso caratterizzata da profondo disagio economico, culturale e ambientale.

C'è poi l'area d'intervento che concerne i bambini difficili, dall'autismo al disturbo dell'attenzione con iperattività, dallo scarso rendimento scolastico al conflitto agito e irrefrenabile con uno o entrambi i genitori, con i fratelli. Anche in questo caso può essere utile o necessario l'intervento domiciliare, se lo psicologo ritiene indispensabile lavorare non solo con il bambino ma soprattutto con l'insieme delle relazioni familiari. Qui il setting domiciliare è particolarmente interessante, perché consente di conoscere la dinamica delle relazioni familiari nel loro luogo naturale, ma al contempo di porre lo psicologo quale "terzo" entro una dinamica relazionale solitamente agita, ripetitiva, senza possibilità di pensare emozionalmente alle vicende del rapporto e della convivenza.

Si potrebbe continuare a lungo. L'area dell'intervento domiciliare può essere declinato in molte versioni, in funzione della committenza, degli obiettivi dell'intervento, del mandato sociale, del contesto culturale entro il quale si dispiega.

Abbiamo nominato componenti importanti dell'intervento domiciliare, spesso ignorate. Il mandato sociale del lavoro domiciliare è quasi sempre molto rilevante: si può avere un mandato forte senza committenza e senza domanda del cliente, com'è il caso dell'intervento entro la genitorialità; a volte la committenza si propone quale manifestazione di un potere fondato sul pretendere, com'è il caso dell'assistenza domiciliare a pazienti psichiatrici o disabili gravi, attorno ai quali ruotano molteplici operatori in una sorta di carosello esaltante per malati e nuclei familiari, che pensano agli operatori stessi quali aiuti tutto-fare, dal fare la spesa allo stirare i panni; una sorta di badanti caratterizzati da dipendenza acritica nei confronti delle esigenze familiari. In questi casi, ove di fatto manca una committenza specifica per lo psicologo, l'unica via da seguire è di costruirne una volta a dare senso all'intervento psicologico. Lavoro difficile ma stimolante.

E' importante cogliere che questo tipo di costruzione di committenza può avvenire solo tramite l'analisi delle culture che caratterizzano il nucleo familiare e il suo contesto da un lato, i servizi dall'altro. Soltanto con l'analisi dei sistemi culturali che fondano la convivenza familiare e il suo rapporto con i servizi, lo psicologo clinico può dare un senso al suo intervento. Sistemi culturali entro i quali acquista significato il vissuto concernente diverse componenti dell'intervento: il vissuto culturale dell'avere un figlio, il vissuto culturale entro il quale si organizza l'immagine del bambino, il vissuto culturale che concerne la famiglia, la

convivenza, l'essere donna, l'essere madre o padre, il lavorare o l'essere senza lavoro, il vissuto del vicinato e del quartiere, il vissuto circa l'appartenenza socio-economica della famiglia e del contesto entro cui vive, il vissuto della scuola, del rapporto tra adulti e bambini, la funzione dell'istruzione e della cultura, l'immagine dello psicologo e dei servizi entro i quali lavora. Ancora una volta, potremmo continuare a lungo. Solo la competenza a trattare la propria relazione con la famiglia, tenendo a mente queste e altre componenti della dinamica culturale, può trasformare l'intervento domiciliare in un'interessante forma di psicoterapia a orientamento psicoanalitico, con obiettivi e metodologie difficili ma stimolanti. Vediamo alcune esperienze che hanno affrontato tali questioni.

L'assistenza domiciliare in un caso di valutazione della genitorialità chiesto da un servizio sociale²

L'assistenza domiciliare è una prestazione professionale che risponde a un mandato sociale che confronta potenziali committenze, sia pubbliche, come quelle di ASL, servizi di assistenza sociale, tribunali, che private, come quella delle famiglie. In che modo e con quali obiettivi uno psicologo può organizzare un intervento, tenendo insieme l'aspetto pubblico e quello privato? Quale dimensione simbolica può essere trattata in interventi dove spesso si chiede di valutare e/o cambiare qualcuno? Nel caso che segue, la richiesta alla psicologa arriva da un servizio sociale che vuole valutare la genitorialità di una coppia. Per capire il caso, assumiamo le relazioni pubblico-privato come un rapporto nel quale si esprime la fantasia che il pubblico (in questo caso tribunale e servizi sociali) abbia un potere di controllo sul privato – famiglia. Specie se quest'ultima viene configurata come scissa dal proprio contesto e caratterizzata da "individuali" caratteristiche. Ad esempio, come portatrice di una propria, idiosincratica "genitorialità". Entro questa ottica, le varie agenzie pubbliche implicate non vengono viste in alcun modo come caratterizzate da una propria cultura specifica, in interazione con quella, presumibilmente diversa, di cui la famiglia è portatrice, ma come tutrici di una giusta norma "acontestuale", in grado di definire ciò che è adeguato allo sviluppo e alla crescita di un minore.

Attraverso l'associazione Studio MA.CRI³ e il progetto 'Gradi di Libertà'⁴ abbiamo sviluppato una buona rete di rapporti che genera invii nell'area dell'assistenza domiciliare a Roma e nei Castelli Romani. Gli invianti sono i servizi sociali comunali. Una di noi viene contattata dalla responsabile di quelli dei Castelli, che le parla di una famiglia loro affidata da un giudice, dopo una segnalazione per atti di violenza su un minore.

Un uomo picchia per strada un bambino, un passante assiste alla scena e lo denuncia. L'uomo è il padre del bambino e vive con la compagna, incinta del secondogenito. La responsabile descrive la famiglia come degradata e indigente: il padre è un violento, la madre tossicodipendente e vittima di abusi, il bambino ingestibile e maleducato; i due genitori non lavorano, vivono con la pensione del nonno. Il giudice prescrive alla famiglia di frequentare tutti i servizi territoriali, nella fantasia che possa migliorare nella propria funzione genitoriale, altrimenti il bambino gli verrà tolto. Il papà deve frequentare il SERT (si sospetta sia alcolista), la signora deve andare al CSM per una valutazione, il bambino deve essere iscritto alla scuola materna e portato presso Neuropsichiatria infantile per una valutazione; al nucleo familiare è prescritta l'assistenza a domicilio di uno psicologo che fornisca modelli educativi alternativi a quelli della famiglia. La psicologa viene chiamata per assumere questa funzione.

² A cura di Pamela Crisanti e Paola Izzo.

³ Studio MA.CRI. è uno studio associato di psicologi e psicoterapeuti che opera sul territorio di Roma e dei Castelli Romani.

⁴ 'Gradi di Libertà' è una rete di associazioni tra professionisti presenti sul territorio di Roma e provincia, che progetta e realizza servizi per la persona e per la famiglia.

Quali fallimenti collusivi permettono alla psicologa di lavorare utilmente? La famiglia non accetta nessuna delle prescrizioni del giudice (annulla tutti gli appuntamenti con i vari specialisti) e c'è un conflitto molto acceso con i servizi sociali. La coppia resiste alle ingiunzioni dell'uno e degli altri, vissute come tentativi di togliere loro ogni potere. Quanto alla responsabile, ha un problema emozionale molto rilevante: deve produrre una relazione per il giudice, da usare per la valutazione di idoneità dei genitori. Secondo lei i genitori non sono idonei, ma non crede che togliere loro il bambino lo tuteli; però i genitori non sono collaborativi, e opponendosi alle prescrizioni, confermano la fantasia di non essere dei buoni genitori. Per i servizi sociali decidere se e quando togliere un bambino dal proprio nucleo familiare è una questione complessa. La psicologa fornisce alcuni criteri clinici che possano aiutare a riorganizzare la richiesta; ad esempio propone di pensare che non esiste una persona "violenta", ma rapporti violenti ai quali va dato senso. Un uomo violento che agisce contro un bambino è una azione potente che riduce la polisemia di un evento. L'uomo è violento e il bambino non può che essere una vittima. La psicologa propone all'assistente sociale che non lavorerà con l'obiettivo di dare alla famiglia modelli educativi alternativi; potrebbe però aiutare i genitori a dare senso a quello che sta accadendo tra famiglia e servizio.

Quando la psicologa incontra la famiglia, emerge come sia complesso capire cosa stia accadendo. I genitori pensano che le assistenti sociali ce l'abbiano con loro; non mettono in rapporto il provvedimento del giudice con i servizi sociali; sono molto confusi sul perché il loro bambino sia stato affidato ad un servizio sociale. Il conflitto tra servizi e famiglia appare evidente. La presunta violenza agita da questa famiglia ha fatto completamente perdere di vista la possibilità di dare senso a quello che accade. Durante i primi quattro mesi di lavoro gli appuntamenti dei genitori con la psicologa vengono annullati e riprogrammati. In questa fase l'intervento ha riguardato il contenere l'ansia della responsabile, che voleva intervenire per imporre la presenza della psicologa presso la famiglia, e il costruire con quest'ultima le condizioni per incontrarsi non a partire dalle prescrizioni, ma dal proposito di dare senso a cosa stava accadendo. La psicologa chiede alla responsabile di poter contare su un tempo abbastanza lungo per poter sviluppare il proprio intervento. La sua ipotesi era di intervenire sulla grande confusione che riguardava tutti, servizi, famiglia, lei stessa.

Quando la psicologa va presso la famiglia, il bambino, Mattia, la accoglie con interesse e le chiede di giocare con lui. Ha 5 anni, ha cominciato da poco a frequentare la scuola. Ama fare cose pericolose, salti dal tavolo, lancio di oggetti, arrampicate sopra gli armadi; questi comportamenti sembrano incontenibili. La psicologa fa l'ipotesi che Mattia li attui quando sente che deve o vuole interrompere la relazione. Parla molto, ma non si capisce quasi niente. Mattia vuole giocare solo con le costruzioni, ama scaraventarle, tirarle, la psicologa non può toccarle. I genitori sono preoccupati perché nel tempo ha riportato diverse fratture e hanno paura che se capitasse nuovamente, i servizi sociali li accuserebbero di averlo picchiato. Il padre dice che il giorno in cui lui è stato denunciato, il figlio attraversava la strada zigzagando tra le macchine. Per farlo smettere è ricorso a qualche schiaffo perché non sapeva che altro fare. Un giorno, durante uno dei loro incontri, mentre erano soli, Mattia fa vedere alla psicologa il suo album da disegno tutto strappato; lei gli chiede cosa sia successo, e Mattia risponde che è stata la Voce; la psicologa si spaventa molto; Mattia lo avverte quando lei gli chiede della Voce, non risponde. Un altro giorno, Mattia prende a calci la porta a vetri della sua camera (la madre, che è fuori, l'ha chiusa con la chiave, portandola via). La psicologa non sa come fermarlo, entra in scena il nonno che gli dice di smetterla, Mattia gli sputa addosso, il nonno gli molla un grosso ceffone, la psicologa si mette in mezzo dicendo al nonno di lasciarlo e a Mattia di andare in cucina. Mattia piange disperato, ma sente di poter parlare con la psicologa, le dice che il nonno l'ha picchiato; lei gli chiede cosa pensava fosse successo, lui ripete che non si fa, riferendosi al nonno; lei gli propone che forse anche lui ha sbagliato. Mattia continua, dicendo che anche il papà picchia la mamma. Per la prima volta Mattia parla con chiarezza, le sue parole sono comprensibili. La psicologa pensa che anche grazie allo spavento sentito rispetto alle allucinazioni di Mattia, e agli eventi violenti a cui partecipa, può infine "vederlo", capendo quanto fino a quel momento nessuno lo abbia visto rispetto ai suoi problemi.

Ritorniamo sulla committenza del servizio sociale. Fino ad ora tutta la vicenda è stata risolta entro l'etichetta: famiglia indigente con genitore violento. Dei problemi di questo bambino e dei rapporti tra lui e i suoi

genitori sembra non se ne occupi nessuno. La famiglia è alla prese con un bambino strano, sia il padre che la madre ora chiedono alla psicologa, scherzando, se vuole portare via con sé Mattia, e riportarlo la settimana dopo. A volte sembrano stanchi, durante gli incontri con il bambino spesso se ne vanno, come a ritagliarsi uno spazio per loro. I genitori sembrano pronti a riconoscere che fanno fatica con il bambino, non sanno come rapportarsi a lui ed anche il bambino attraverso le sue esibizioni pericolose sembra esprimere la stessa difficoltà; il modo a volte poco chiaro di esprimersi di Mattia comincia ad essere una questione sulla quale riflettere. Il padre chiede alla psicologa se da quando li conosce le sembra che Mattia parli meglio.

Questo intervento è ad un punto cruciale. Possiamo parlare non tanto del padre violento o del bambino incontenibile, ma del loro rapporto. Il padre chiede cosa sia Neuropsichiatria; parla alla psicologa come se si confessasse, dice che al SERT e al CSM non vanno perché non gli serve, ma che Neuropsichiatria non sanno che servizio sia. La psicologa utilizza questa confessione come un indizio interessante, e dice che Neuropsichiatria è un servizio che si occupa dei problemi dei bambini; i genitori associano che Mattia parla male e che loro lo interpretano, ma che è difficile capirlo. Il padre aggiunge che loro lo capiscono ma gli altri no. Un passaggio importante per la famiglia è riconoscere i rapporti che hanno e che possono occuparsene. Ora la mamma vuole prendere un appuntamento per portare il figlio a Neuropsichiatria. La psicologa sta sostenendo questa scelta, nell'idea che sia un occuparsi del rapporto con Mattia in modo alternativo alla violenza.

Se la funzione psicoterapeutica è pensare i contesti e le loro risorse, l'obiettivo di questo intervento è conoscere e dare senso a un contesto entro la committenza di servizi che invece agiscono la dimensione emozionale del problema. Il lavoro clinico si confronta così con la necessità di costruire un setting che tenga insieme le questioni della committenza, ovvero aiuti i servizi sociali a recuperare una polisemia che possa andare oltre la definizione famiglia indigente/violenta; ma anche il problema del cliente, ovvero aiuti questa famiglia nell'individuare risorse da mettere in campo nel rapporto con il figlio. Le questioni che una famiglia incontra non hanno a che fare con la genitorialità in termini individualistici, come qualcosa che si ha o non si ha, in una prospettiva che nega la componente relazionale del problema e innesca relazioni di potere; quel potere che permette a qualcuno di valutarti in termini di idoneità genitoriale, arrivando a togliere i figli ai genitori o strutturando interventi domiciliari controllanti e valutanti. La genitorialità, per come è stata trattata in questo caso, è una questione di rapporti: tra madre, padre, figli, servizi.

L'assistenza domiciliare in un caso di intervento chiesto da un S.A.I.S.H.⁵

"C'è un altissimo turn over degli operatori a causa del burn out. Ne abbiamo bruciati quattro in un anno. Solo Sabrina resiste, ma la famiglia insiste per il turno del sabato mattina e lei non può. So che tu eri interessata ad occuparti anche di domiciliare...". Così, nel settembre 2013, la responsabile del "Servizio per l'Autonomia e l'Integrazione del Soggetto con Handicap" (S.A.I.S.H.) di una cooperativa romana con cui collaboro mi propone, per telefono, di iniziare ad occuparmi di Andrea.

Collaboro con questa cooperativa da circa un anno e non è la prima volta che mi vengono fatte proposte di "sostituzione" (in questo caso il turno del sabato mattina) che alludono a integrazioni di interventi che sfuggono di mano, "casi senza speranza" di cui ci si libererebbe volentieri. Come già in altre occasioni, il leitmotiv culturale che fa da sfondo alla proposta è l'esistenza di evidenze: è chiaro qual è il problema, è chiaro cosa si deve fare⁶. Vai, vedi, fai. Dunque non c'è bisogno di incontrarci, basta una telefonata. Eppure, provando a dare fiducia ad un accenno di domanda che immagino la cooperativa mi stia ponendo, mi faccio

⁵ A cura di Federica Di Ruzza.

⁶ Per un approfondimento si veda: Assante Del Leccese et al. (2013), pp 88-111, *Quaderni della Rivista di psicologia clinica*, 1.

carico di una quota di quella confusione che forse sta minando la chiarezza con cui si vorrebbe intervenire, e richiedo un incontro a cui parteciperanno la responsabile del S.A.I.S.H., Sabrina - l'operatrice che già lavora al caso - e l'assistente sociale che per la cooperativa si occupa di tenere le fila degli interventi con i casi assegnati da ASL e Municipio. I racconti si accavallano frammentati e l'unica cosa che capisco è che intervenire sembra impossibile, tanto che per farlo sembra si debbano auspicare eventi tragici e violenti, come l'intervento delle forze dell'ordine o la morte di qualcuno. "Pensa che una volta il padre ci ha detto di volere una famiglia capace di sostituirli; ho avviato le pratiche di affidamento e lui per poco non ci denuncia!", dice l'assistente sociale.

Andrea ha 8 anni e una diagnosi di autismo. Vive con i genitori, quarantenni, e una sorella, Chiara, di 12, in un quartiere "bene" di Roma. La Madre, commercialista, lavora part time presso uno studio commerciale e privatamente a casa; il Padre dedica il proprio tempo alla cura di Andrea, di cui si occupano numerose figure: due AEC (Assistenti Educativo Culturali) a scuola, due assistenti domiciliari, una terapeuta comportamentale a cui la famiglia si è rivolta privatamente con la speranza di una efficace terapia specifica per l'autismo, una psicoterapeuta a domicilio. Andrea *ha bisogno* di un intervento che ne limiti l'aggressività e ne sviluppi "le autonomie", i genitori *hanno bisogno* di essere sostituiti dai servizi perché stanchi e al contempo incompetenti nel favorire lo sviluppo di Andrea, Chiara... non si sa, sta lì, a volte come presunta vittima dell'aggressività del fratello, altre volte descritta come suo persecutore.

Entrare in casa della famiglia è altrettanto complesso che riorganizzare i frammenti del discorso della Cooperativa. La porta sul pianerottolo è accostata. Entro e sin dall'ingresso calzini, slip, escrementi, panini smangiucchiati, giocattoli e numerose copie del *Il Sole 24 ore* tracciano sul pavimento stretti pertugi in cui addentrarsi. Andrea gira su se stesso, la Madre si trincerava dietro le pile rosate di giornali di finanza, la Sorella, in pigiama, con la voce in falsetto richiede qualcosa, lamentosa come in un mantra. "Bravo Andrea! Evviva evviva evviva!" urla il Padre agitando le braccia in alto, con lo sguardo acquoso e perso, senza effettivi riferimenti ad azioni del figlio. Io prendo posto sul divano, in salone, la stanza che ci accoglie tutti, con la sensazione di essere entrata nella messa in scena di uno spettacolo teatrale avanguardista, di quelli che giocano con lo spaesamento tra dentro e fuori il palco. Sembra che nessuno mi veda e, al contempo, che ciascuno sia in bella mostra al proprio posto, quello previsto dal copione. Per numerosi incontri mi limito ad essere presente: restare a disposizione sembra essere l'unico intervento per non essere espulsi o travolti.

'Stare', dunque, diviene occasione per rendere visibile il copione e le trame collusive che l'hanno sostenuto. Mi viene in mente quando, ai tempi del liceo, ero a teatro per vedere "Sei personaggi in cerca d'autore", e l'idea di *assistere* a uno spettacolo è stata presto smentita da una regia sapiente: un personaggio, seduto accanto a me in platea, vestito da primo Novecento, da dentro una maschera a mezzo volto, mi ha chiesto che ore fossero e se l'Autore fosse già arrivato. Così il Padre comincia ad essere disponibile a parlare con me, a ricostruire la storia di un rapporto con i servizi altrimenti mitico ed eterno. Scopro che Chiara, smettendo per un attimo di essere la Sorella, viene segnalata all'asilo per un ritardo del linguaggio. Qualche anno dopo arriva la diagnosi di autismo di Andrea che pare avere un duplice effetto: come un buco nero attira verso di sé i familiari più vicini, fino a stringerli in ruoli rigidi, cronici, senza tempo; come una bomba atomica pare polverizzare la rete sociale che circonda la famiglia. Bruciare i rapporti, si diceva. Un'arma potente subito dalla famiglia ma che pare tornare nel rapporto con i servizi nella duplice veste di sintomo capace di parlare la domanda e strumento con cui difendersi da interventi violenti, concreti, asfittici.

Dopo numerosi incontri il Padre mi invita ad esplorare il resto della casa. Una piccola cucina in cui sono spariti tutti gli utensili considerati pericolosi, un pavimento coperto di cibo e un forte odore di immondizia stantia; un bagno con cataste di panni sporchi accumulate in terra dove l'immane *Sole 24 ore* si sostituisce alle mattonelle; una camera da letto con un letto matrimoniale e una brandina da campeggio in mezzo a numerose valigie e mobili rotti che contengono buste di plastica. Andrea ci raggiunge, si spoglia e comincia a saltare sul letto orinando. La Sorella lo imita ridendo a crepapelle, la Madre si sdraia sul letto lasciandosi travolgere dai figli che la assalgono baciandola. "Non so se ti bacerò o ti morderò ma ogni bacio avrà il sapore di un morso", scriveva Svevo. "Brava Mamma brava!" urla il Padre agitando le mani in aria.

L'odore della stanza è insostenibile. Non riesco a pensare e l'unica cosa che riesco a fare è tornare in salone ed aprire una finestra. Ma dopo il vetro ce n'è un altro, poi una zanzariera, poi un'inferriata. Guardo l'orologio e scopro che è passata solo mezz'ora. Ne mancano altre due e mezzo. Il tempo pare divorato e dilatato, lo spazio e i suoi confini sembrano blindati, costringendo o dentro o fuori chi vi si avvicina. Ma allontanarmi dal nucleo in cui convergono tutti restando però nei paraggi pare connotarsi come alternativa, come un'azione interpretativa che pare aumentare i gradi di libertà a disposizione della famiglia. Chiara mi raggiunge, mi guarda in silenzio, mi chiede quanti anni abbia. Chiara usa, dunque, quei gradi di libertà per fare spazio alla curiosità e alla possibilità che questa consente. Una curiosità che ci porterà in qualche incontro a pensare di poter fare insieme i compiti e cucinare il pranzo. Costruiamo così nuove piccole abitudini. Studiamo per un'oretta, usciamo per fare la spesa, chiediamo alla Madre se abbia ricette della propria regione di origine da insegnarci. Andrea ogni tanto passa e ci ruba un pugno di farina. Padre e Madre cominciano a litigare chiamandosi per nome, rinfacciandosi problemi "di coppia" che lasciano sullo sfondo, almeno per pochi minuti, rigidi frammenti di identità genitoriali.

Un giorno sono sul divano a guardare il percorso circolare che, ad occhi chiusi, Andrea traccia nel mezzo del salone con movimenti equilibrati e ripetitivi. Improvvisamente si stacca dall'orbita e accoccolandosi sulle mie gambe abbraccia la mia pancia ormai evidente dopo otto mesi di gravidanza. "E' azzurro? Ve ne pentirete come hanno fatto per me!", afferma. Rimango in silenzio stupita di quanto sia emozionalmente presente e consapevole della fatica che la famiglia fa nell'occuparsi della situazione, mentre per la prima volta ci guardiamo negli occhi intensamente. Così la mia gravidanza, seppur visibile da mesi, inizia ad esistere come oggetto simbolico quando Andrea la sceglie, la nomina, la suggerisce come strumento di intervento. Diviene così non solo emblema dell'attesa che, come il laboratorio di cucina, allude al tempo, all'incertezza del cambiamento, alle relazioni e ai loro prodotti, ma anche strumento per introdurre la conclusione di un lavoro insieme. Nei primi giorni di marzo 2014, a quasi nove mesi di gravidanza, smetto di andare a fare visita alla famiglia di Andrea per dedicarmi ai cambiamenti della mia. Forse per la prima volta in molti anni, il loro vissuto non è quello di essere stati abbandonati o di aver fatto fuori qualcuno. Non c'è colpa o onnipotenza. Ci si saluta per motivi altri rispetto a diagnosi spaventose e violente sostituzioni. Mi salutano sulla porta, porgendomi un regalo che scelgo di scartare con loro. È un bel lenzuolino. Ho la sensazione che mi chiedano di portare fuori qualcosa di loro, di custodirlo, nella speranza di poter custodire anche loro piccoli frammenti di altre esistenze possibili.

La diagnosi di autismo di Andrea ha avuto il potere di attivare risorse, mobilitare attenzione e rapporti. Ma, come spesso succede, la diagnosi non basta a definire il "problema". L'uso che spesso viene fatto della diagnosi è di strumento che dovrebbe definire chiaramente con cosa abbiamo a che fare e come intervenire. Una chiarezza che chiama spesso in causa la pretesa di poter operare mediante tecniche trasformate in tecnicismi e prassi divenute procedure svuotate di senso. Si pensi al proliferare di specialisti attorno ad Andrea e alla sua famiglia, ciascuno preso dal proprio fare, spesso scollato da quello degli altri se non chiaramente in contrasto, fino a delineare uno scenario di interventi frammentati e sovradimensionati al limite del persecutorio. Un esempio per tutti è il tentativo dell'assistente sociale di attivare la pratica di affidamento di Andrea come *conseguenza lineare* dell'affermazione del padre: "A volte vorrei una famiglia che ci sostituisse...". Una richiesta presa alla lettera, trasformata in bisogno concreto, una frase che, forse non a caso, viene riportata senza una conversazione a farle da *contesto* capace di garantirle uno spessore simbolico. Fare fuori il contesto, ridurre vissuti a fatti, eventi di vita a condanne, gruppi a individualismi, sono le conseguenze di una cultura che pretende di incasellare domande complesse entro caselle a maglie strette, in cui non c'è posto per la variabilità. Una cultura priva di strumenti in grado di leggere relazioni, piuttosto orientata a polverizzarle in quanto fastidioso elemento di disturbo. Questa ipotesi taciuta e agita, però, non solo rinforza i fantasmi della famiglia, imbrigliata entro un isolamento mortifero, ma collassa la stessa Cooperativa entro un senso di impotenza violento che sembra puntare a "fare fuori" il proprio cliente e la sua domanda, dunque il senso stesso della propria esistenza.

“Stare fermi” mentre tutto il resto gira vorticosamente entro la stessa orbita da tempo, “prendere le distanze” da nuclei mitici che assorbono tutte le possibilità vitali di una famiglia. Entro il contesto della domiciliarità la funzione psicologica passa attraverso gesti, posture, silenzi, corpi nello spazio che divengono azioni interpretative, *emozionate*. Trasformate in parole in un secondo momento, queste si rivelano “movimenti” e “posizioni” *emozionali*, ipotesi di rapporto, interventi che investono sullo sviluppo. Avere una ipotesi sul rapporto tra contesto e problema significa inventare interventi ad hoc; significa mettersi a disposizione di dimensioni effimere con strumenti impercettibili entro una cultura che richiede chiare evidenze e voluminose cassette degli attrezzi; significa non appiattirsi entro la rassegnazione della ripetizione dell’uguale e avere fiducia nel cambiamento. Potremmo dire che presidiare questa fiducia e predisporre piccoli interventi perché possano svilupparsi in possibilità è psicoterapia.

Una supervisione di gruppo con gli operatori di un servizio di assistenza domiciliare di base.⁷

Collaboro da circa due anni con una cooperativa sociale che gestisce diversi servizi del Terzo Settore, occupandomi di progettazione sociale e formazione. Nell'ambito del lavoro di progettazione di un Servizio di Assistenza Domiciliare di Base, per la partecipazione a un bando pubblico, propongo l'attivazione di un lavoro di supervisione, rivolto agli operatori del servizio, caratterizzato da incontri di gruppo a cadenza mensile. In seguito all'esito positivo della valutazione del progetto da parte dell'Amministrazione Locale, il servizio viene preso in gestione dalla cooperativa e contestualmente mi viene chiesto di prendere in carico il lavoro di supervisione.

Il servizio in questione riguarda l'intervento a domicilio di circa 40 Operatori Socio Sanitari e Assistenti di Base che svolgono mansioni di cura e assistenza (gli interventi vanno dall'aiuto per l'igiene personale, al supporto nell'utilizzo di presidi per la mobilitazione della persona, al disbrigo di pratiche amministrative per conto dell'utente, al ritiro e consegna farmaci, all'aiuto per il governo della casa, etc.). Il servizio è gestito da un direttore amministrativo e da un coordinatore ed è rivolto a disabili, ad anziani parzialmente autosufficienti o non autosufficienti e a nuclei familiari in situazioni di temporanea difficoltà.

Pensando al rapporto tra la proposta che faccio e le caratteristiche del contesto, c'è da sottolineare che la supervisione può qualificarsi come aspetto divergente in quanto, solitamente, non viene mai pensata per operatori che si dedicano a questo tipo di assistenza. Infatti, la cultura dominante che attraversa i servizi sociali considera questo tipo di assistenza come una mera esecuzione materiale, che non concerne la relazione, riducendo la funzione degli operatori a una sorta di "protesi sociale": un supporto “materiale” a persone in difficoltà, scevro da qualsiasi aspetto riguardante la relazione tra assistente ed assistito. Anche l'incontro di gruppo propone un cambiamento. Infatti, entro la cultura individualista che pervade questi contesti, il Servizio Domiciliare riguarda interventi individuali: uno spazio comune, in cui gli operatori possano confrontarsi circa il lavoro che svolgono, sembra non avere alcun senso.

Dopo aver accettato l'incarico vengo contattato dal direttore del servizio che, oltre a propormi possibili date per incontrare gli operatori, mi mette a disposizione una stanza del servizio per effettuare dei colloqui: mi parla a partire da una rappresentazione dello psicologo, peraltro abbastanza condivisa, che lo vede svolgere colloqui individuali in una stanza appositamente allestita allo scopo. Il direttore pare trasferire, a contestualmente, la medesima modalità d'intervento entro un servizio territoriale (anche a dispetto della difficoltà logistica di svolgere 40 colloqui al mese - tanti sono gli operatori - in un servizio impegnato costantemente sul territorio). D'altra parte, la rappresentazione dell'intervento come “setting duale” è la medesima che viene immaginata per il Servizio di Assistenza Domiciliare, visto come un incontro della coppia assistente ed assistito.

⁷ A cura di Umberto Di Toppa.

Condivido con il direttore quanto intendo fare e il senso che può avere per gli operatori, coinvolgendo anche il coordinatore del servizio: penso a un lavoro di gruppo, diverso dalla usuale modalità di funzionamento del servizio, per riflettere sul quotidiano lavoro di assistenza. Scoprirò poi che molti operatori non si erano mai visti tra di loro, neanche quelli che intervengono, in diversi orari e attraverso diverse tipologie di prestazioni, nei confronti allo stesso utente.

Di comune accordo con i responsabili del servizio vengono quindi organizzati 4 gruppi con circa 10 operatori ciascuno. Riporto la sintesi dell'incontro con il primo gruppo, che propone alcune dimensioni simboliche che ritroverò in maniera analoga anche negli altri.

Nell'incontrare il gruppo mi presento e propongo il senso del lavoro di supervisione, inteso quale riflessione sulle emozioni evocate dal lavoro di assistenza. Gli operatori iniziano dicendomi che questo spazio, con uno psicologo che ascolta, può essere molto utile; mi parlano delle molte difficoltà che incontrano, soprattutto nei rapporti con i familiari degli utenti. Mi riportano diversi episodi con un senso di impotenza e scoraggiamento; si sentono soli, abbandonati, bisognosi di tutela rispetto alle richieste, eccessive, dei familiari. Allo stesso tempo lamentano di non sentirsi autorizzati a compiere nessuna scelta, data la loro posizione di semplici operatori. Si lamentano fortemente dell'assistente sociale del Comune, che dovrebbe tutelarli nei confronti degli utenti, ascoltare le loro segnalazioni, intercedere per loro in situazioni critiche, e che invece è continuamente assente. Gli operatori, tra l'incudine del Comune e il martello delle famiglie, precipitano in vissuti di svalutazione: si sentono infantilizzati, meri esecutori di procedure, senza strumenti di cambiamento.

Mi accorgo di trovarmi entro una rappresentazione dove lo psicologo è, per definizione, quello che ascolta lamentele; ma è un ascolto impotente, senza alcuna possibilità di cambiamento. In questo ascolto oblativo e fine a se stesso si tenta di catturarmi in modo seduttivo, perché io assuma una posizione "amica", accettata e inutile; questo rivela il tentativo di negare la possibilità di superare l'impotenza pensando e confrontandosi con l'estraneità della proposta di supervisione. Se riescono ad avermi alleato nel "capirli" nelle loro disgrazie, l'impotenza resta garantita dalla presenza di un duplice persecutore: l'assistente sociale che decide le loro sorti e le famiglie dalle infinite, impossibili richieste.

Parto dalla restituzione di questi aspetti simbolici che sembrano saturare la scena, pensando di doverli mettere in discussione anche per poter strutturare un setting di lavoro. Non dò per scontata l'utilità della mia presenza, e chiarisco la non obbligatorietà della supervisione. Dico che ci possono essere due modi di utilizzare quello spazio: per lamentarsi, o per dare senso alle emozioni evocate dalla loro relazione con l'assistente sociale e l'utenza. Gli operatori smettono di lamentarsi di "fatti" su cui nulla possono e che li rendono impotenti e iniziano a parlare anche delle loro difficoltà nel lavoro. Si ribadisce che le loro più grandi difficoltà non riguardano l'assistenza rivolta agli utenti, ma le emozioni evocate dal rapporto con i loro familiari: parlano della diffidenza e del controllo che sentono esercitare nei loro confronti e quanto siano d'intralcio al loro lavoro. Propongo che il loro intervento non è rivolto esclusivamente all'utente designato, ma può riguardare l'attivazione di un sostegno all'intera famiglia; in tal senso è possibile iniziare a "vedere" il rapporto con i familiari e pensarlo come risorsa nel lavoro con l'utente. Il familiare, da nemico ostacolante il lavoro può divenire risorsa per l'intervento. Un altro aspetto trattato è che per essere "professionali" dovrebbero evitare il coinvolgimento emotivo durante il lavoro, così viene loro indicato nei corsi di formazione frequentati; questo è difficile da realizzare. Si evidenzia una scissione tra professionalità ed emozionalità; propongo quale dimensione professionale la competenza a riconoscere il proprio coinvolgimento emotivo nel lavoro di assistenza.

Penso che la difficoltà di stare nel rapporto con la famiglia metta in evidenza la problematicità di una cultura individualista, che vuole il singolo operatore intervenire col singolo utente, scisso da ogni contesto, a partire da quello familiare. Allo stesso tempo, credo che la scissione tra professionalità e soggettività sia indice del fallimento di una cultura razionalista e reificante che pervade questi servizi e che tenta di negare l'emozionalità. Il rapporto con i familiari e le emozioni evocate dal rapporto di assistenza: questi i due temi

principali attraverso i quali proseguirà il lavoro di supervisione; la risorsa è l'interesse degli operatori ad esserci emozionalmente, nel lavoro condiviso di riflessione.

Penso che la domanda in questo lavoro sia in rapporto con la possibilità di promuovere uno spazio di pensiero entro un contesto, quello dell'Assistenza Domiciliare di Base, pervaso da una cultura individualista che entra in crisi nel tentativo di negare la soggettività. L'aspetto più problematico è che tale cultura comporta una povertà di categorie emozionali con cui trattare la relazione, mentre siamo in un servizio che interviene proprio con persone che si trovano, sempre, in situazioni di isolamento. Isolamento inteso anche quale disconoscimento delle relazioni esistenti o possibili. Si tratta di un servizio che, rispetto ai suoi clienti, si pone illusori obiettivi di autonomia e autosufficienza; illusori se il riuscire a farcela è farcela da soli, mai insieme.

Un'esperienza di Assistenza Domiciliare Ospedaliera (ADO).⁸

Il servizio del quale parlo è rivolto a persone di 0-65 anni in condizioni di limitata autonomia, con patologie complesse, oncologiche, cronico-degenerative o in fase terminale e offre la possibilità di intraprendere il percorso di assistenza psicologica. In questa offerta lo "psicologo domiciliare" è chiamato a incontrare l'assistito per effettuare una valutazione psicodiagnostica che può dare avvio ad un intervento psicologico. Una "scheda di richiesta di valutazione psicologica per eventuale presa in carico", contenente dati anagrafici e diagnosi di ciascun assistito del Servizio di Assistenza Domiciliare Ospedaliera (ADO) di una ASL campana, viene inviata mensilmente agli psicologi che, come chi scrive, sono impiegati presso il servizio.

Riporto qui alcune note sull'esperienza avuta con una paziente, Sofia, che mi sembra consenta di riflettere su alcune questioni critiche rispetto al mandato del Sistema Sanitario Regionale, dal quale discende il Decreto Commissariale Regione Campania n.1 del 07/01/2013 inerente le cure domiciliari. Tale Decreto prevede un mandato per gli psicologi, volto alla riabilitazione sul piano psicologico di persone con patologie al terzo livello di complessità o terminali, considerate quali destinatarie singole dell'intervento.

Mi viene inviata dal Servizio ADO la scheda di richiesta di valutazione psicologica per Sofia.

Leggo che è nata del 1970 e che ha diagnosi di Distrofia Muscolare. Telefono al numero indicato, risponde lei stessa, le chiedo un appuntamento. A casa sua, con il camino acceso sul quale c'è una grande foto di una signora sorridente, il papà Giacomo mi prepara il caffè. Quando propongo l'assistenza psicologica, esplicito che il servizio offre questo intervento con l'ipotesi che chi ha una patologia medica grave, può aver bisogno di un'assistenza psicologica. Sofia pensa di averne bisogno; specifica che le è stata comunicata la diagnosi di Distrofia Muscolare ben trent'anni fa. La questione che pensa di portare, nel lavoro con me, è la morte della mamma, deceduta sei mesi fa dopo un lungo periodo di degenza, dovuto a complicazioni legate al diabete. Ne parla come di un evento inaspettato ed improvviso.

Negli incontri successivi incontrerò Giacomo altre volte; mi preparerà nuovamente il caffè, parlando delle tradizioni del loro paesino; resteranno il camino acceso (che avevo detto di desiderare anche a casa mia) anche nelle giornate più calde e la super foto. Sofia mi ripete che le sue giornate sono vuote, non ci sono interessi che la impegnano. Mi informa sul fatto che ha scelto di non avvalersi di nessun'altra prestazione del Servizio ADO, attivatale dal medico curante, perché usufruisce da trent'anni della fisioterapia e dell'assistenza materiale erogati dal Centro Regionale Distrofia Muscolare. Lei ha 44 anni e ha ricevuto la diagnosi quando ne aveva 14. Dice spesso: "sarebbe stato diverso non aver mai visto, è stato peggio vedere e trovarsi a 14 anni a luce spenta". Questa metafora della cecità parla della sofferenza di una ragazza di 14 anni che corre, gioca, esce con le amiche, va a scuola, e che poi ha dovuto affrontare il sentirsi "sempre stanca e senza forze, nemmeno per stare in piedi". A "coccolarla" hanno provveduto la mamma e il fratello

⁸ A cura di Maria Carlino.

minore, che le hanno permesso di fare come se potesse “non importarle” di questi limiti. Dice: “ho vissuto la mia vita in casa; ma all’occorrenza, accompagnata, sono anche uscita; andava bene così”. Adesso tutto è cambiato.

La sua casa ha un grande ascensore, la TV proietta il video di quanto accade nel cortile; lei, con un telecomando, può aprire il portoncino. Al piano di sopra vive sua cognata Laura, che sembra essere oggi la sua persona di riferimento per qualsiasi attività. Questo le pesa molto. Oggi vive come distonica la dipendenza dagli altri. Desidera acquistare un’auto che le permetta di montarvi “senza l’aiuto delle braccia di nessuno”; che le renda possibile “non scomodare sempre gli altri”. Sembra dirmi che non le importa dove andare, ma parla di “uno spiccato desiderio di autonomia, di libertà”.

Ho interrogato a lungo i miei pensieri sul perché Sofia avesse detto sì alla mia proposta. Quale sia la sua domanda. Lei stessa ripete che al Centro DM c’è anche una psicologa che più volte le ha manifestato la propria disponibilità, ma lei non ha mai voluto richiedere consulenza. Rispetto al problema che Sofia porta, la paura di isolamento e la tristezza di cui mi parla, ho avuto la sensazione che, con la sua proposta del tu, la presenza di sua nipote Chiara nella stanza all’inizio degli incontri, Sofia mi stesse proponendo un rapporto amicale. Una psicologa domiciliare rappresenta per lei un’amica de-medicalizzata rispetto alla psicologa del Centro; una che viene a “farti visita a casa”, come si usa nel paesino arroccato sui monti in cui Sofia abita e come le sue amiche, ormai sposate, tendono a non fare più. Credo che il problema di Sofia sia che la sua vita, in questo momento profondamente modificata, la porta sempre di più verso un isolamento, che si è palesato in maniera prorompente con la perdita della madre (morta dopo un periodo di due anni in cui Sofia si è occupata delle sue cure) e in qualche misura anche del fratello minore, che da un anno si è trasferito in altra regione italiana per lavoro. Non ci sono più loro “a coccolarla”; mentre con la cognata il rapporto è tutto da costruire, e la dipendenza può essere più penosa.

Nella relazione con Sofia ho provato ad utilizzare le regole come setting, esplicitando, ad esempio, il compenso che l’ASL offre per tale prestazione; sostenendo la sua responsabilità nel nostro rapporto di lavoro; tollerando momenti di grande confusione, nei quali lei mi ripeteva: “Perché mi guardi e stai zitta?”, “come stai?”. Momenti, questi, in cui è stato veramente difficile non risolvere con un agito la proposta amicale di Sofia, alla ricerca di una visibilità nella relazione familiare. Allo stesso tempo, sempre tenendo ben presente il mio ruolo e l’obiettivo per cui ero lì, ho fatto delle piacevoli chiacchierate con sua cognata Laura sul pianerottolo di casa e, riportando questo mio piacere negli incontri con Sofia, ho provato ad integrarlo con il piacere da lei sperimentato nel rapporto con la cognata, con i nipotini, col padre, con me, col fisioterapista, con l’operatore socio sanitario.

Intervenire nel contesto domiciliare con questa famiglia ha richiesto l’utilizzo di un “modello di intervento basato sull’interruzione degli agiti e di supporto all’azione, senza che quest’ultima venga sospesa: è in questo contesto che assume particolare rilevanza l’azione interpretativa tesa ad una riorganizzazione di rapporti fortemente compromessi” (Paniccchia, 2013, p. 81). Il percorso si è concluso, dopo otto incontri, con la telefonata di Laura che mi salutava prima di passare il telefono a Sofia, che mi chiedeva di rimandare il nostro appuntamento a data da destinarsi, giacché quel martedì dovevano partecipare ad una festa di famiglia. Non ho più ricevuto da loro nessuna telefonata.

Mi sembra di aver sostenuto relazioni familiari che stavano affrontando una critica fase di passaggio: dalla devozione a Sofia di madre e fratello, alla dipendenza dalla cognata; Sofia, grazie a me, ha potuto mostrarsi meno bisognosa e isolata. È potuto anche emergere un desiderio, condiviso pure con altri membri della famiglia, di avere rapporti, divertirsi – ad esempio, ho scoperto una passione di cucire vestiti - occuparsi dei nipotini, pensare un futuro meno terrorizzante di quanto sarebbe prestando attenzione alla sola malattia. In questo senso si è trattato di: “assistenza non al singolo in un’ottica riabilitativa, dunque, ma alla relazione che si incarica della cronicità e della malattia” (Assante del Leccese et al., 2013, p. 111).

Molte persone e famiglie ricevono un servizio di assistenza domiciliare, e molti sono gli enti - e soprattutto le Cooperative Sociali - che la offrono; come assistenti domiciliari numerosi psicologi trovano lavoro, spesso considerandolo una fase iniziale del percorso professionale. A Roma, ad esempio, ci sono servizi come il SAISH (Servizio per l'autonomia e l'integrazione della persona disabile), o il SISMIF (Servizio per l'integrazione ed il sostegno dei minori in famiglia)¹⁰. Sappiamo che al momento non è richiesta alcuna qualifica specifica per svolgere un'assistenza domiciliare, e molto spesso il senso comune ci dice che è un lavoro poco prestigioso, di ripiego, di passaggio; soprattutto per un professionista psicologo. Non esiste molta letteratura sul tema e di conseguenza il dibattito intorno ai criteri e alla metodologia che fonda un simile intervento è ancora scarso.

Con questo contributo intendo sviluppare una riflessione sul rapporto fra psicoterapia e assistenza domiciliare. Cosa significa assistere domiciliarmente? Qual è il prodotto di questo intervento e quale contributo può offrire uno psicologo? Per provare a rispondere a questi interrogativi vorrei porre particolare attenzione alla relazione, quale strumento con cui intervenire clinicamente. Lo farò a partire dalla mia esperienza lavorativa in questo ambito¹¹.

Da quasi sette anni svolgo un intervento di assistenza domiciliare, iniziato come Compagno Adulto (Giovannetti, Rastelli & Terenzi, 2012)¹², con Eva e la sua famiglia. Rifletterò sulla relazione fra me, Eva e i genitori, per chiedermi in che modo promuove sviluppo. Recuperandone la storia, vorrei interrogarla alla luce delle attuali richieste di Eva e dei suoi familiari, dell'uso che fanno del rapporto con me e dei problemi a cui mi convocano. Mi sembra infatti particolarmente importante sottolineare la dimensione familiare (Giovagnoli, 2012) entro cui ci si implica entrando in un contesto come quello domiciliare. Parto dall'ipotesi che la disabilità non è isolata dal contesto entro cui convive, in questo caso quello familiare; piuttosto, assume quei significati, diversi e specifici, che ogni famiglia attribuisce alla disabilità stessa. In questo senso non esiste un modo unico di intendere e interagire con la disabilità, anche quando questa viene indicata con una dicitura diagnostica comune; esiste, al contrario, un modo specifico con cui ogni famiglia si è attrezzata per rispondere alla convivenza con quella specifica disabilità. In questo senso interessarsi clinicamente alla disabilità, solo nell'aspetto individuale di colui a cui viene diagnosticata significherebbe perdere la specifica dimensione culturale (Carli & Paniccchia, 2003) che la fonda, la connette e le attribuisce senso dentro i rapporti familiari.

Dirò alcune considerazioni sulla relazione con Eva e la sua famiglia. Incontro Eva per la prima volta quando aveva 19 anni; la seguo privatamente su invio di una neuropsichiatra, che seguendola dall'infanzia le diagnostica un disturbo pervasivo dello sviluppo con tratti autistici e ritardo mentale medio. La richiesta mi arriva anche dai genitori, ed è di esserle amica, di trascorrere del tempo con lei, di fare cose insieme. Subentro così in un panorama di isolamento sociale e nella rappresentazione di amica a pagamento, pagata appunto per mostrarsi tale. A cosa servissero le competenze psicologiche per una simile richiesta, è un interrogativo che ha necessitato non poche riflessioni. La cultura di questo tipo di intervento accosta due componenti: amicizia e competenza psicologica; sembra caratterizzata anche dal vissuto implicito di una

⁹ A cura di Chiara Giovannetti.

¹⁰ Nel sito del Comune di Roma, sul SAISH: http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?jppagecode=mun_x_saish.wp; sul SISMIF: http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?jppagecode=mun_x_sismif2.wp.

¹¹ Da otto anni lavoro nell'ambito dell'assistenza domiciliare a sostegno della convivenza con la disabilità.

¹² La figura professionale del Compagno Adulto nasce a seguito del movimento culturale degli anni '80 che porta alla chiusura dei manicomi, con l'obiettivo di favorire un reinserimento dei pazienti psichiatrici entro il tessuto sociale, e in particolare nel contesto domiciliare. Un simile servizio si declina concretamente nell'azione di *accompagnare* i giovani destinatari del servizio nello svolgimento delle proprie attività quotidiane e nel proprio contesto di vita, sia esso il domicilio, il quartiere, il gruppo di amici, ecc....

sorta di contraddittoria confusione fra l'essere amico e l'essere psicologo. Pensiamo al senso comune: "che amico è quello che si fa pagare?" O ancora: "che psicologo potrà mai essere quello che, a dispetto delle numerose teorizzazioni sulla distanza necessaria fra psicologo e paziente, si intrattiene in relazioni amicali con l'intera famiglia?". E' importante chiedersi cosa significhi amicizia, cosa significhi funzione psicologico-clinica e soprattutto cosa può voler dire, entro la pratica clinica, tenerle insieme. Ho motivo di credere - a partire dalla mia esperienza - che queste due dimensioni culturali, fondanti un intervento istituitosi sulla specifica richiesta di facilitare e sviluppare una competenza a costruire rapporti sociali, attraversino costantemente l'intervento con una potente e ricorsiva dinamica di scissione. Ho ben capito tuttavia che ciò che è in grado di compromettere l'efficacia e la produttività di un simile intervento risiede proprio nel separare queste due componenti. Quanto appena detto può rendere l'idea del complesso setting di intervento, entro cui si muove lo psicologo in questa funzione.

La mia presenza dentro questa famiglia prende così avvio nell'ambiguità. Come già accennato, sono stata ingaggiata, ancora prima che ci conoscessimo, come figura "amica" e in particolare come amica di Eva. Questa è la premessa che ha legittimato, facilitato e reso possibile l'ingresso dentro questa casa. Tuttavia per molto tempo la casa è stato il luogo che poteva accogliermi solo nella misura in cui rimanevo in piedi, in prossimità della porta di ingresso e il meno tempo possibile; quello necessario ai preparativi ritualizzati di Eva. Ritengo che questa componente di estraneità ci abbia confrontati, tutti, con la falsità di essere immediatamente amici: dimensione in qualche modo istituita da un intervento di questo tipo. Emergeva, di contro, quanto il rapporto abbia bisogno di essere costruito e fondato, passando anche attraverso la necessità di prendere tempo e mettere distanze.

Una volta che Eva era pronta, entrambe venivamo incalzate a uscire, perché il luogo del nostro incontro sembrava poter essere solo fuori dalla casa. Spesso la mamma di Eva, in occasioni in cui si rendeva necessario parlare con me, cercava di interrompersi il prima possibile, aggiungendo sempre che non voleva togliere tempo ad Eva, che questo era uno spazio per Eva, non per lei. Questo vissuto metteva in evidenza molti impliciti. L'impossibilità, da parte della mamma, di concedersi momenti per lei, di dedicare tempo alle sue emozioni, ai suoi dubbi, o anche al semplice desiderio di parlare con qualcuno, indicava la fantasia che lei – come madre – doveva venire sempre dopo le esigenze di Eva. Nella rappresentazione di una disabilità obbligente, estremamente richiedente, costantemente risucchiante ogni persona o cosa le si trovi attorno. Ancora, il messaggio che la famiglia comunicava, sottolineava che era solo Eva, l'autistica, ad aver bisogno di aiuto. Non si è così legittimati a chiedere aiuto se ci si considera o si vuole essere considerati "sani". Il mio andar via con Eva, almeno in quella lunga fase, sembrava rassicurare il resto della famiglia che la mia presenza non avrebbe scombussolato i loro assetti. Nella prima fase del lavoro, accettare quella proposta collusiva senza agirla, poiché non vi aderivo emozionalmente, ma attendevo che la situazione evolvesse, mi ha permesso di entrare in contatto con la famiglia; e anche, piano piano, di poter entrare in uno scambio con loro. I centimetri che negli anni ho potuto percorrere dalla porta d'ingresso al resto della casa sono un simbolico ed eloquente indicatore dello stabilirsi di una relazione che diveniva sempre più di fiducia e di scambio e che è stato via via possibile stabilire con tutta la famiglia.

All'inizio dell'intervento e per diversi anni, quando arrivavo a casa trovavo sempre un membro della famiglia e più spesso la mamma, alle prese con Eva nella faticosa gestione dei rituali e dei tempi che lei impiega per prepararsi ad uscire. Molti sforzi erano dedicati a far sì che Eva fosse pronta o prossima ad esserlo al mio arrivo. Questo significava che Eva avesse pranzato, fosse andata in bagno, avesse preso tutte le cose necessarie per uscire con me; tutto questo per farle rispettare il più possibile l'orario di appuntamento concordato. L'impressione che avevo era di un grosso sforzo per presentarmi un'Eva "adeguata"; sforzo che doveva rimanere rigorosamente a carico della famiglia. In una rappresentazione di sé per cui per presentarsi a un esterno estraneo, bisogna "essere pronti" e "a posto". E nella rappresentazione di un esterno intransigente di fronte agli scostamenti da una presunta normalità, pesanti e indesiderabili per chiunque e comunque. Da qui gli sforzi di rendere Eva "più accettabile".

Nel corso degli anni e sempre di più sono stata introdotta “dietro le quinte”, dove è possibile sperimentare la grossa fatica di convivere con Eva in rapporto alla sua gestione del tempo: completamente autoriferito e drammaticamente parallelo a quello convenzionalmente condiviso. Come più volte mi è stato detto dai familiari, molto costoso emotivamente è pure sostenere la rabbia, talvolta violenta, che Eva prova e agisce quando qualcuno cerca di sollecitarla a stare nei tempi, di farle comprendere che se continua ad attardarsi non farà più in tempo a fare ciò per cui si sta preparando. Questo viene vissuto da Eva come un’aggressione, a cui talvolta ha risposto aggredendo. Nel tempo ho cominciato a non trovare più un’Eva sempre pronta ad uscire con me. Piuttosto, poco prima dell’incontro è capitato, qualche volta, che venissi raggiunta dalla chiamata della mamma: dal lavoro mi rendeva partecipe della sua apprensione o semplicemente della sua difficoltà a raggiungere Eva. Perché magari, chiamandola al telefono, si rendeva conto che non era in casa, e quindi che era necessario andarla a cercare; il più delle volte in palestra, dove spesso va da sola, a volte anche senza dirlo a nessuno. Poteva essere necessario, come capita tutt’ora, accompagnarla a pranzare, o ancora arrivare nel pieno del suo rituale di pulire la cucina, pratica che in nessun modo si può “interrompere” o posticipare.

Questi eventi a mio avviso parlano della possibilità di creare una relazione di scambio con i familiari. Il rapporto con me ha potuto via via diventare da un luogo e uno spazio esclusivi di Eva, a un appoggio anche per i genitori. Uno spazio dove portare le proprie difficoltà nella convivenza con gli aspetti più critici della disabilità di Eva. In quanto psicologa, aver tenuto a mente la famiglia quale complesso sistema di relazioni in rapporto alla disabilità, piuttosto che immaginare solo un individuo disabile, mi sta permettendo nel tempo di costruire con la famiglia un rapporto in cui tutti possono sentirsi visti nella propria domanda e nelle loro risorse, rispetto a un comune concorrere al perseguimento degli obiettivi di sviluppo di Eva. Non è raro infatti trovarmi ora ad accogliere idee o strategie della madre, che trovo molto utili anche nel lavoro con Eva. Intendo continuare a promuovere questi obiettivi di sviluppo nell’ottica di un rapporto di scambio più che di “alternanza” con i genitori, posizione nella quale mi sentivo ingaggiata nella fase iniziale dell’intervento.

Ora gli incontri con Eva hanno subito un importante cambiamento: si stanno organizzando intorno a esigenze che, in modo per nulla scontato, ha saputo esplicitarmi. Mi chiede di aiutarla a conoscere e usare i soldi e di imparare a gestire il tempo. Conosce a memoria gli indicatori del tempo convenzionale: i giorni, i mesi, le ore; ma non ha una concezione del tempo tale da riuscire a utilizzarli. Vive costantemente nel suo tempo, parallelo a quello degli altri, dilatato, infinito; al punto da esserne in balia e da risultare passivamente dipendente dai familiari nello scandire ogni impegno. Questo aspetto, come ho già detto, è uno dei motivi di grande attrito tra i familiari ed Eva, che soffrendone molto mi chiede se posso aiutarla a organizzarsi da sola. Abbiamo così concordato un programma, a cui sta rispondendo con un grandissimo impegno ed entusiasmo. Lo stare ora prevalentemente a casa implica un cambiamento anche negli equilibri familiari. Come mai era accaduto prima, Eva utilizza il nostro spazio per parlarmi anche dei problemi che ha nel difficile rapporto con la sorella, preoccupandosi accuratamente di farlo in sua presenza. Sembrerebbe che solo così, rivolgendosi entrambe a me e in assenza dei genitori, le due sorelle riescano a dirsi cose molto scomode.

Ritengo significativo che Eva cominci a riconoscere il desiderio di apprendere l’utilizzo dei soldi e del tempo, due fra i più importanti elementi di scambio in una società come la nostra. Ritengo inoltre importante che inizi a desiderare di investire nel rapporto con la sorella e che mi chieda di mediare fra di loro per far circolare parole. È rilevante che gli incontri avvengano a casa, luogo in cui coesistono le persone che convivono con Eva. Questi cambiamenti li considero prodotti di una crescente competenza a vedere interlocutori e investire in un fuori.

Vediamo cosa c’è stato prima. Nei primi anni venivo simbolizzata da Eva come un possesso: anche lei aveva qualcuno che la cercava con continuità. La mia semplice azione di citofonare al suo indirizzo la rendeva enormemente felice, ma al contempo esauriva il senso della mia presenza. L’incontro proseguiva spesso e per tutto il tempo subito fuori dal portone di casa, dove venivo disarmata e schiacciata da difensivi, noiosi e ricorsivi discorsi su aerei, eliche e navi. Il messaggio che mi arrivava ogni volta era che Eva, pur desiderandola, non aveva idea di cosa potesse farne della relazione con un interlocutore diverso da lei.

Trascorreranno circa tre anni, prima che la relazione registri uno scatto di fiducia. In una delle nostre passeggiate Eva, stranamente in silenzio, inizia a fare un movimento con le braccia; le chiedo cosa stesse facendo e lei risponde: “non lo vedi? Sono sopra un gommone e sto remando tutta sola soletta in mezzo a questo mare agitato”. Sotto lo sguardo di Eva a metà fra l’incredulo e il divertito inizio a fare anche io lo stesso movimento e le dico: “come da sola? Non vedi che in questo mare ci sono anche io, che remo su un altro gommone?”. Eva comincia a gridare e a saltare, come fa sempre quando è felice e mi dice: “ci sei anche tu?! Ma allora io tiro una fune!”, “Beh, allora io l’afferro. Che succede dopo?” aggiungo. “Succede che ti tiro dentro il mio gommone!” risponde lei. Il gommone sembra il mondo di Eva, il mezzo un po’ instabile con cui esplora turbolente acque e su cui dopo tanto tempo mi fa posto. Accettare di salire su quel gommone è stato come accettare il rischio e insieme il desiderio di Eva di esplorare il mondo esterno, così come lei lo vede.

Gradualmente i nostri incontri da un parlare muto, difeso, spaventato, unidirezionale, sono stati sempre più abitati dal desiderio di Eva di condividere con me i suoi pensieri. L’allontanarci dal portone di casa per addentrarci/perderci in nuovi spazi e nuove esperienze, come poteva essere la passeggiata nel parco vicino, la visita nel quartiere confinante, la mostra al centro della città, era retto dal promuovere un passaggio dal dentro casa come dentro di sé, quale unico luogo protetto e sicuro, ad un andare anche verso un fuori. Si sono poste nuove questioni. Per esempio: camminare rigorosamente sul bordo della stradina del parco, potendo percorrere soltanto il breve giro che la stradina circolare consente; poterci allontanare solo nel quartiere vicino per poi tornare sempre con lo stesso autobus, sedute agli stessi posti. Sono rituali che mentre indicano una significativa apertura e sono estremamente utili e necessari per Eva per approcciare nuove conoscenze, finiscono poi irrimediabilmente per diventare una chiusura a nuove forme di conoscenza, dolorosa per Eva e per chi gli sta vicino.

Questi incistamenti fanno pensare che il punto non è solo fare cose nuove, ma riflettere sull’esperienza che se ne fa. Il passaggio che continuo a promuovere implica lo spostamento dalla rassicurazione delle azioni e delle cose che devono essere sempre uguali e autoriferite, al puntare sulla relazione con me. Ma questo cosa vuol dire? Due anni fa le ho proposto di andare insieme a una mostra sul fotogiornalismo. Lei ha accettato con entusiasmo, ma la mostra era lontana dal solito giro, e durante il viaggio ha iniziato ad agitarsi e a ripetere ricorsivamente discorsi angosciati se si diceva che in quel posto non c’era mai andata prima, rassicuranti non appena cercava di convincersi che doveva esserci andata con il padre. Sembrava tuttavia non sapersi decidere se ci fosse stata o meno, e più si accorgeva di non sapersi rispondere, più la sua angoscia aumentava. Le faccio notare allora che le strade e gli autobus potevano cambiare, ma che io e lei rimanevamo sempre noi, e che il nostro rapporto, che ormai conosceva bene, era sempre lo stesso. Questa frase ha avuto un effetto di rilassamento istantaneo su Eva, tanto da segnare un prima e un dopo rispetto al concedersi il piacere per le cose nuove che stiamo facendo.

Ripensando a questo evento, penso di poter dire che è stato importante rendere visibile la continuità della relazione. In quest’ottica la relazione diviene quella “casa interna”, quel “gommone” rassicurante, che possono favorire Eva nella conoscenza dell’esterno. Ma la relazione, di cui Eva sta facendo esperienza, sempre più consapevole, è astratta ed ha un valore rappresentativo. Potremmo allora dire che l’assistenza domiciliare può promuovere uno spostamento dal concreto al simbolico, ma anche da azioni autoriferite a uno scambio, come lo stare in un tempo condiviso.

Ciò che mi interessa riprendere a questo punto è: quali prodotti può promuovere la relazione quale strumento di intervento? Abbiamo potuto notare quanto sia facile in un contesto familiare creare un mito della disabilità, ad esempio quando la si intende come un pozzo senza fondo, eternamente bisognosa di tutto, con cui ci si può immaginare solo un rapporto dove l’altro sia scontatamente annullato rispetto alla persona disabile. In quest’ottica il resto della famiglia, con le proprie esigenze e desideri, sembra poter facilmente sparire ai propri occhi come dalla mente dello psicologo. Questo a mio avviso accade quando si divide, separa, disancora la disabilità dal resto della famiglia, intervenendo in un’ottica individualista. Ritengo fondamentale la potenzialità rappresentata dall’idea, tenuta a mente dall’operatore, che lo spazio istituito

dalla sua presenza è per l'intera famiglia e non solo per il membro disabile. In questo spazio, lentamente, tutti i membri della famiglia di Eva in modi e misure diverse cominciano ad abitarci, prendendosi momenti, nel rapporto con me, per condividere i vissuti di fatica nella convivenza con la disabilità di Eva. Ma anche per avere momenti di pausa e abbandonarsi a chiacchierate ora piacevoli, sui propri hobby, ora più impegnative su altri problemi, legati allo studio o al lavoro, che pure, oltre alla disabilità di Eva, ci sono. Ritengo che l'aver trovato questa famiglia interessata e desiderante nel prendersi questo spazio che il rapporto con me gli sta offrendo, indichi lo stesso desiderio di Eva di aprirsi a nuove possibilità di relazione, esterne alla famiglia. In quest'ottica la relazione, orientata da criteri psicologico - clinici, sembrerebbe poter diventare per tutta la famiglia quel gommone con cui spingersi verso mari aperti a nuovi rapporti di scambio.

Bibliografia

- Assante del Leccese, R., Carlino, M., Civitillo, A., Crisanti, P., Di Ruzza, F., Girardi, D. ... Vernile, F. (2013). Undici esperienze di intervento con la disabilità. A scuola, nell'assistenza domiciliare, nel rapporto tra servizi e domanda [Eleven intervention experiences with disability. At school, in home care, in the relationship between services and demand]. *Quaderni della Rivista di psicologia clinica*, 1, 88-111. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., & Paniccia, 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.
- Giovagnoli, F. (2012). Alcune riflessioni sul concetto di famiglia [Some reflections on the concept of family]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 111-120. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Giovannetti, C., Rastelli, F., & Terenzi, V. (2012). *L'assistenza domiciliare. Intervenire pensando il futuro* [Home care. Intervene thinking about future]. Unpublished manuscript.
- Paniccia, R.M. (2013). Disabilità. La domanda rivolta alla psicologia attraverso i resoconti di esperienze di giovani psicologi [Disability. The demand addressed to psychology through reports of young psychologists' experiences]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-87. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>