

Malati psichiatrici e domanda psicoterapeutica nei servizi di Salute Mentale

di Renzo Carli*

Abstract

Viene presentata la Relazione introduttiva al Convegno del luglio 2010 “Gli utenti dei Servizi di Salute Mentale” promosso dalla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica di Studio di Psicosociologia, Roma. Viene proposta una analisi dei servizi di salute mentale e delle dinamiche di relazione possibili, interne ai servizi e alle strutture presso le quali gli allievi svolgono il loro tirocinio di specializzazione. L'istituzione di una relazione tra gli operatori e i cosiddetti malati psichiatrici comporta il confronto con una serie di problemi. Qui ne vengono trattati alcuni a partire da resocontazioni di esperienze di tirocinio. L'operatore, in questi casi, viene inteso quale supporto pensante alle emozioni del malato mentale, una funzione integrativa che può dare senso alle emozioni del paziente e tradurle in un continuum coerente e comunicabile. Viene altresì trattato l'evoluzione del rapporto, entro i servizi, tra domanda e offerta che, specie a partire dagli anni novanta, e per i centri di salute mentale, non è più legata alla sola malattia mentale. In questi anni la prestazione psicoterapeutica si è affiancata alla farmacoterapia e ad iniziative riabilitative e di inserimento. Il contributo approfondisce il fenomeno e propone categorie e criteri di lettura e di intervento

Parole chiave: Servizi di Salute Mentale; malato psichiatrico; intervento farmacologico; intervento psicologico; tirocinio.

Premessa

In questo secondo convegno sul tirocinio della Scuola SPS si è deciso di rivolgere la nostra analisi ai servizi di salute mentale e alle differenti dinamiche di relazione possibili al loro interno. Sappiamo che il tirocinio degli allievi non si limita a questo ordine di servizi: preziose esperienze di tirocinio concernono la rilevazione dei fattori di rischio psicosociale presso l'Ospedale san Filippo Neri, il lavoro con i malati e i familiari dell'Hospice Sacro Cuore, un centro per cure palliative a Roma.

Il tirocinio, peraltro, confronta i nostri allievi con differenti strutture, all'interno dell'area della salute mentale. Obiettivo di questo seminario è quello di differenziare le strutture in funzione di criteri che aiutino gli allievi nel loro lavoro di tirocinio. Un criterio per noi fondamentale è quello concernente le modalità della relazione, in funzione dei contesti entro i quali il tirocinio avviene. E' quindi sulla relazione e sulle sue caratteristiche, obbligate dal tipo di lavoro e al contempo funzionali all'obiettivo che con la relazione ci si pone, che si vuole orientare la riflessione psicologico clinica della scuola.

I pazienti psichiatrici

Nei servizi di salute mentale sono presenti differenti strutture operative (CSM, SPDC, Day Hospital, comunità terapeutiche o riabilitative, case famiglia) e diverse professioni (psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica).

La complessità di questi servizi, d'altro canto, sembra dedicata e fruibile solo nei confronti dei pazienti psichiatrici; vale a dire quei pazienti “gravi” che presentano, come dice la 180, alterazioni psichiche tali da richiedere un intervento terapeutico psichiatrico. Si tratta di forme che, in estrema

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università “Sapienza” di Roma”, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica.

sintesi, cadono entro le aree della schizofrenia, della paranoia, della depressione o della psicopatia.

Si tratta anche, e lo vedremo più specificamente tra breve, di forme psicopatologiche ove è difficile, se non impossibile, istituire una relazione duale finalizzata allo sviluppo di un pensiero rivolto alle fantasie che vengono sollecitate dal rapporto con la realtà; in particolare dalla realtà della relazione con la struttura di cura e con lo psichiatra, lo psicologo, l'infermiere o l'educatore che interagiscono con il paziente. In altri termini, si tratta di forme psichiatriche ove le dinamiche simboliche vengono agite, più che pensate. In queste forme psichiatriche l'intervento di elezione è quello psicofarmacologico, volto ad attenuare il disagio creato dall'agito delle fantasie; è importante, al contempo, un intervento volto a facilitare la relazione con il contesto: la malattia, infatti, si può manifestare, si può esprimere in forme sintomatologiche non sufficientemente attenuate e "addomesticate" dall'effetto mirato di specifici psicofarmaci; sintomi comportamentali che possono rendere difficile la relazione con il contesto di cura sino al punto da causare interventi contenitivi, se non elaborate entro la relazione con gli operatori. L'obiettivo prevalente dell'intervento psicofarmacologico, in sintesi, consiste nel rendere più accettabile l'inserimento sociale di questi malati. Inserimento che risente anche della costruzione di reti di supporto e di facilitazione alla relazione; al fine di consentire una convivenza accettabile, sia in famiglia che entro l'SPDC, il Centro Diurno, le comunità terapeutiche o riabilitative. La problematica di questi pazienti non consente, nella maggioranza dei casi, relazioni più propriamente psicoterapeutiche: nell'accezione che si suole assegnare a questo termine e che sta solitamente ad indicare l'istituzione di un pensiero circa le emozioni portate nella relazione psicoterapeutica, strutturata secondo uno specifico setting.

Importante, quindi, sottolineare come, con i pazienti psichiatrici, l'obiettivo psicologico o psichiatrico sia quello di stabilire una relazione con il malato; una relazione che faccia sentire meno solo e isolato il malato stesso, che gli consenta di comunicare nei modi che l'assetto mentale caratterizzante gli permette o gli suggerisce; una relazione che può essere piena di sorprese e di emozioni, che può commuovere per la profondità della comprensione emozionale, per l'intensità di quanto viene comunicato, per l'attenzione alle vicende in essa trattate e la loro comprensione. Una relazione, è bene sottolinearlo, possibile entro specifiche strutture di contenimento del malato stesso: il Servizio Psichiatrico per la Diagnosi e la Cura, la Comunità Terapeutica o Riabilitativa, il Centro Diurno. Relazione, d'altro canto, che solo in tempi molto lunghi e solo per specifiche realtà individuali, può esitare in un "miglioramento" del malato e in un suo reale reinserimento entro esperienze lavorative e affettive autonome. L'obiettivo del reinserimento, è importante sottolinearlo, nel caso della malattia psichiatrica è prevalentemente volto a facilitare e rendere possibile la vita in famiglia di questi pazienti; una vita in famiglia che sia alternativa a quel ricovero in ospedale psichiatrico, sarebbe meglio dire in manicomio¹, che segnava le esperienze degli stessi malati nel passato. Inserimento in famiglia o nelle strutture di relazione sostitutive della famiglia, per chi non può contare su un nucleo familiare capace di accogliere e accudire il malato: le comunità, le case famiglia, le residenze protette.

Chi si accinge a un lavoro psicologico con questi malati, come s'è detto, ha l'obiettivo di istituire una relazione con il malato stesso. Che significa "istituire una relazione"? Pensiamo che due siano, in sintesi, le tematiche di questa prassi: l'una ha a che fare con gli stereotipi che l'operatore può avere nei confronti del malato mentale, l'altra con le peculiarità relazionali del malato stesso.

Un esempio: una giovane psicologa, iscritta al primo anno di una scuola di specializzazione in psicoterapia, svolge il suo tirocinio presso il Centro Diurno di un DSM. Ha concordato tempi e modi della sua presenza con il Responsabile del servizio, e va al Day Hospital per la sua prima giornata di lavoro. Arriva al servizio e il portiere le dice che il Responsabile è in riunione. La giovane è invitata ad aspettare nel locale di soggiorno del servizio stesso. Qui incontra, per la prima volta nella sua vita, dei malati mentali. Nel suo resoconto dell'avvenimento, dice che i malati mostrano la loro "malattia mentale" molto più accentuatamente di quanto lei non pensasse: un signore è acciambellato su un divano e sembra piccolo, quasi a essere confuso con un gatto. Un giovane

¹ Manicomio, dal greco *mania* che vale essere furioso, matto e *komion* come ospedale. Interessante considerare la valenza negativa, volta a indicare una confusione non controllabile che il termine ha assunto nella nostra lingua: "questa situazione è un vero manicomio!"

guarda fisso l'angolo formato dalle pareti che ha di fronte, senza alcun movimento mimico apprezzabile. La giovane si avventura nelle stanze limitrofe al soggiorno, quando sente un vociare che annuncia la fine della riunione alla quale partecipava il Responsabile che era intenzionata a incontrare. Cerca la stanza di soggiorno, imbarazzata perché ha la sensazione d'essersi persa. Torna finalmente ove era entrata inizialmente, ma non vede il Responsabile. Dice a mezza voce, tra sé e sé: "Mi sono persa il dottore!". Vicino a lei sta una signora anziana, bocca aperta e sguardo perso nel vuoto; la psicologa percepisce l'assenza di questa donna e, parlando a mezza voce, mai avrebbe pensato a una possibile attenzione da parte della donna. Ma quest'ultima, con voce stentorea, le dice: "il dottore è andato al bagno e tornerà tra breve". Stupore conseguente della giovane psicologa, costretta a rivedere le sue convinzioni circa la "presenza" di quella donna, la sua tempestività nel cogliere la sua preoccupazione di incontrare il Responsabile, l'offerta di una relazione che la sua frase comportava. Ancora: entro una Comunità terapeutica un giovane psicotico, ospite di lungo corso della comunità, da qualche notte non riesce a dormire, cammina nervosamente per le stanze della struttura, fuma, spesso parla ad alta voce in tono agitato, disturba il sonno di chi condivide con lui lo spazio comunitario. L'infermiera del turno di notte lo avvicina e gli chiede se ha paura di stare da solo; nel contempo sposta il materasso del paziente accanto al proprio letto. Il giovane si accoccola sotto le coperte e dorme, quieto, sino al mattino, "come un bambino piccolo".

Ecco due esempi di relazione possibile con il malato psichiatrico. Relazione che comporta il superamento dello stereotipo distanziante che stigmatizza il malato mentale nel primo esempio; che mostra, nel secondo caso, una competenza a cogliere quali emozioni vengano comunicate entro il comportamento problematico del giovane, agitato nelle ore notturne.

Ciò che caratterizza, a nostro modo di vedere, il malato mentale "grave" è l'assenza di un pensiero circa i vissuti evocati dagli eventi che caratterizzano la sua esperienza entro i vari contesti. Ogni vissuto, evocato dai differenti aspetti della realtà, viene trasformato in agito che, nella sua estrinsecazione, esaurisce e impoverisce la risposta emozionale all'evento stesso. In ciò il malato mentale si differenzia da chi porta un problema, definibile quale pensiero circa il vissuto simbolico di un evento di realtà, trattabile quindi con la psicoterapia nell'ambito dei servizi che prevedono tale attività psicoterapeutica. Ma su questo torneremo più avanti.

Torniamo alla funzione che si può assegnare alla relazione, possibile tra operatore e malato psichiatrico, entro le strutture di contenimento della malattia mentale. In queste strutture il malato mentale si trova confrontato con tre ordini di relazioni: *la relazione con le regole* che reggono la convivenza, *la relazione con il gruppo dei degenti* e *la relazione con gli operatori*.

Le regole

Diamo uno sguardo alle regole che caratterizzano la quasi totalità di queste strutture di contenimento della malattia mentale. Ci sono, ad una prima lettura del problema, due ordini di regole: alcune regole concernono la regolazione, appunto, della convivenza con gli altri degenti: non fumare nelle stanze comuni, nella mensa o nelle camere da letto; mantenere in ordine gli spazi condivisi con altri ospiti, risparmiare qualche soldo per rendere possibile una specifica attività comune (andare tutti a mangiare una pizza fuori della comunità, ad esempio); avvisare quando il rientro da un'uscita con un familiare prevede un qualche ritardo. Ci sono di contro alcune regole che, pur rivolte a tutti i degenti, hanno una formulazione tale per cui ognuno le percepisce come un vincolo personale: ad esempio, non bere più di due caffè al giorno, fumare non più di una sigaretta ogni tre ore, mantenere in ordine il proprio armadietto. E' interessante notare come le regole che concernono la convivenza siano, in generale, accettate più di quelle che vengono vissute come limiti alla propria libertà di iniziativa. Interessante notare, anche, che un aspetto riabilitativo importante, perseguito in queste strutture, sia fondato sul far accettare le regole ai malati mentali.

Guardiamo, sia pur brevemente, alla dinamica implicita nell'imporre delle regole e nel richiedere la loro accettazione. Ci sono regole che, come abbiamo appena detto, fungono da regolatori della convivenza: sono quelle denominate "regole del gioco". Una regola del gioco non è ancorata a un principio d'autorità, quanto alla necessaria limitazione delle iniziative individuali, al fine di rendere possibile la convivenza: rispettare il semaforo, aspettare il proprio turno nella fila d'attesa, rispettare la proprietà altrui. Si tratta di regole che hanno quale significato implicito il rispetto della reciprocità. Passare avanti a qualcuno che attende in fila, ad esempio alle poste o all'ingresso ad

una mostra, significa istituire il mancato rispetto della reciprocità; così come il non tener conto del principio di proprietà, o come il passare col rosso al semaforo: se viene meno il principio della reciprocità nel rispetto delle regole del gioco, si istituisce una situazione anarchica, ingovernabile ove ciascuno, pensando che il venire meno delle regole condivise obblighi a perseguire e difendere il proprio tornaconto individuale, rende impossibile una convivenza regolata; la convivenza viene improntata, in tal caso, alla modalità "homo homini lupus", in una lotta "uno contro tutti" senza quartiere.

Nel caso delle regole del gioco, l'"autorità che fa rispettare le regole" è rappresentata da chi, delegato e riconosciuto in tale compito dalla comunità di convivenza, ha il solo obiettivo di rendere possibile la convivenza stessa. Un esempio può essere il vigile urbano per i semafori agli incroci stradali, oppure i custodi che regolano la fila per l'ingresso a una importante mostra d'arte.

Ci sono, di contro, regole che vengono imposte da un principio d'autorità. Un'autorità competente, com'è il caso del medico che impone una particolare dieta a un paziente cardiopatico o diabetico, o uno specifico farmaco a un iperteso; in altri casi si tratta, di contro, di un'autorità che fonda la sua legittimazione nell'imporre e far rispettare le regole, utili solo a sancire la differenza tra chi le regole le detta e chi le subisce; differenza tra chi "sa" quale sia il bene dell'altro e, in nome di questa conoscenza, impone modi di vita o regole all'altro; in base all'autorità che deriva dall'agire per il bene dell'altro, anche contro la sua volontà. E' il caso delle regole imposte dai genitori ai figli, "per il loro bene"; è il caso di regole che, come nel caso del numero massimo di caffè che un malato mentale può bere in una giornata, si fondano su un pretesto "sanitario", di fatto rappresentando un limite imposto al desiderio. Desiderio che, a sua volta, può venir incrementato proprio dal limite imposto. Regole per la convivenza, quindi, o regole fondate su un principio d'autorità. Queste ultime sono molto più difficili da imporre al malato mentale; al contempo, sono anche quelle che evocano maggiori trasgressioni e conflitti entro un gruppo sociale.

Quando in un sistema di contenimento della malattia mentale si impongono regole fondate su un principio d'autorità, la dinamica conflittuale facilmente si attiva e si inasprisce. Si istituisce un conflitto tra comprensione e accettazione acritica del principio d'autorità. Quest'ultimo, se accettato, evoca spesso processi regressivi, infantilizzanti; se non accettato, comporta confronti aggressivi e richieste di spiegazione delle regole imposte. E'su questo ordine di regole che può, in alcuni sfortunati casi, svilupparsi la componente sadica di chi intende impersonare il principio d'autorità che impone le regole.

Pensiamo a una comunità terapeutica ove i pazienti, pur confrontati con attività di laboratorio e con l'espletamento di alcuni lavoretti, si trovano in una condizione di profonda restrizione nell'espressione della loro affettività: non hanno una vita sessuale; non hanno una vita realmente lavorativa, quindi retribuita; non possono operare per soddisfare le loro aspirazioni ad apprendere, a crescere nella competenza; non hanno occasioni decisionali circa il tempo libero, le relazioni sociali, gli svaghi o lo sviluppo di interessi personali. La vita di comunità è povera quanto si pensa sia povera la vita affettiva di questi malati. Spesso, il consumo di caffè e di sigarette rappresenta per molti degenti l'unica area di soddisfazione del desiderio. Un desiderio che può realizzarsi smodatamente, se realizzabile senza alcuna regola; un desiderio che può divenire trasgressivo, se si impongono restrizioni in questo ambito. Restrizioni che i pazienti spesso non capiscono e che vengono simbolizzate quali espressioni indiscutibili dell'autorità medica o amministrativa della comunità stessa. E' su questi vissuti che la relazione tra operatori e pazienti può rivestire rilevanti contenuti emozionali e simbolici. L'operatore, infatti, può assumersi la funzione di mediatore tra desiderio e regola; tra motivazione a trasgredire la regola e mortificazione insita nell'accettazione acritica della regola stessa. La relazione consente di avviare una comunicazione "sulle" regole, consente di dare un senso alle regole stesse e anche di avviare iniziative per così dire "sindacali", volte a migliorare i limiti imposti, a promuovere qualche concessione. La relazione, in altri termini, consente di trasformare l'imposizione delle regole in un conflitto tra chi le regole le impone e chi le subisce; promozione del conflitto che consente un pensiero sulle emozioni evocate dalle regole, quindi una partecipazione alla trattativa, alla negoziazione entro la quale si fonda la convivenza.

Le relazioni tra i pazienti

La relazione tra i pazienti rappresenta un ulteriore elemento di complessificazione dei sistemi sociali che fungono da contenitori dei malati mentali. Questo ordine di relazioni è il luogo di

espressione della fantasmatica simbolico relazionale dei malati mentali. Ciò significa che la relazione tra malati, all'interno di un SPDC come di una Comunità terapeutica o di riabilitazione, richiede un continuo lavoro di traduzione simbolica, volto a conferire senso alle relazioni stesse. Spesso, questa traduzione di senso ha il potere di svelare un lessico che si contrappone a quello delle regole. Le relazioni tra pazienti consentono, inoltre, di evidenziare le singole personalità e il modo in cui si manifestano entro il gruppo dei compagni, l'immagine se si vuole stereotipale che ciascuno assume per gli altri entro il gruppo stesso. Si tratta sempre di relazioni agite, ove la dinamica simbolica viene tradotta in azioni entro il gruppo dei pazienti cui si appartiene; si pensi, ad esempio, alla giovane donna che "provoca" il proprio ricovero in SPDC, utilizzando lo stato di ubriachezza molesta raggiunto periodicamente entro la propria comunità riabilitativa; appena cessa lo stato d'ubriachezza, la paziente si vergogna con il personale dell'SPDC per il proprio stato precedente e mette in gioco un comportamento collaborativo che la porta, dopo qualche giorno nel Servizio, ad essere d'aiuto nello svolgere piccoli lavori, nel riassetto dei letti o nel cucinare. Appena tornata in comunità ricomincia con il bere smodato, che la porta ad assumere comportamenti aggressivi e violenti con i compagni di cura. E ricomincia il ciclo di ricoveri nel Servizio Psichiatrico. Sembra che questa paziente accetti il sistema di contenimento e di accudimento dell'SPDC e al contempo sembra rifiutare la relativa autonomia e responsabilizzazione della comunità, dalla quale s'allontana con l'ebbrezza. Senza un lavoro di restituzione, possibile da parte degli operatori nei confronti delle dinamiche simboliche che vengono agite entro la relazione tra degenti, il rischio è che le relazioni stesse, nella loro componente stereotipale e ripetitiva, possano "fissare" ruoli e immagini di sé nei pazienti, entro connotazioni riduttive del proprio agire sociale. A questo scopo, indubbiamente, serve il lavoro di gruppo ove discutere della vita di comunità; serve, però, anche la partecipazione alla vita di comunità o di reparto nel suo svolgersi quotidiano, routinario; la possibilità d'intervenire entro le interazioni sociali tra pazienti o tra pazienti e operatori. Ricordiamo un tirocinante al suo primo giorno di lavoro presso una comunità terapeutica e la paura che provò nello scambiare anche solo lo sguardo con un degente che lo fissava, e questo durò per alcuni minuti, con un'espressione d'odio profondissimo. Fu solo dopo qualche giorno che il tirocinante chiese al paziente il motivo del suo atteggiamento ostile. Il paziente rispose che la sua era una misura precauzionale, volta a preservarsi da possibili ostilità degli estranei. Era la stessa modalità che aveva utilizzato sin dal suo ingresso in comunità e che lo aveva poi portato a isolarsi, rifiutato dagli altri degenti che mal sopportavano le sue misure difensive. Il tirocinante riuscì a parlarne con l'ospite, assieme a altri malati; dopo qualche giorno l'atteggiamento del paziente venne chiarito, il suo isolamento si attenuò notevolmente.

Il rapporto con gli operatori

Un esempio: in una Comunità riabilitativa, una paziente si allontana dalla Comunità per andare a trovare una zia che abita a qualche chilometro di distanza. Per alcuni operatori della Comunità, il comportamento di questa paziente è tradotto immediatamente come "fuga" dalla Comunità e sanzionato con il recupero della paziente presso la zia; la paziente viene ricondotta "sotto scorta" alla Comunità, in un rientro mesto, dal chiaro sapore di sconfitta. Nel gruppo dei degenti della Comunità si apre, allora, una discussione sul comportamento della paziente "fuggitiva": molti si trovano d'accordo nel rilevare che non si tratta di una "fuga"; la paziente non era fuggita, era andata a trovare la zia. Così come un familiare che si reca in visita a un parente, non "fugge" dalla famiglia. La fuga concerne una lettura trasgressiva dell'evento; l'andare a trovare la zia, risponde a una lettura delle emozioni e dei desideri agiti. Spesso, nel rapporto tra pazienti e operatori, una delle difficoltà più rilevanti è quella di conciliare regole e desiderio.

Un paziente sudamericano vede un progressivo deterioramento del proprio comportamento nei pochi anni di contatto con un servizio di salute mentale; era arrivato al servizio per problemi di incapacità a provvedere a se stesso: ha perso di recente il lavoro, quindi anche la casa e le relazioni con i pochi amici che era riuscito a farsi. Non sa dove dormire e cosa mangiare. Il servizio interviene, ma il giovane cede alla tentazione dell'alcool e deteriora sempre più il suo stato; ora vive tra i barboni che popolano un prato antistante il fabbricato ove opera un gruppo caritatevole, è ubriaco tutto il giorno, commette piccoli furti o pratica una questua insistente, per potersi comperare il vino con cui obnubilare la mente. Non si capisce la ragione di questo deterioramento. Un operatore, d'altro canto, ricorda d'aver sentito dire che il paziente ha una famiglia in un paese

del sud America, che si aspetta grandi cose dal figlio venuto a cercar fortuna in Italia. L'aver disatteso questo sistema di aspettative, può aver contribuito ad accentuare la distruttività che il paziente mette in atto contro se stesso. Come a sottrarsi all'umiliazione di un fallimento. Il lavoro perso, d'altro canto, era quello di puliziatore in una grande impresa, quindi un lavoro umile e senza speranza di avanzamento nella carriera, senza probabilità di successo. Potrebbe essere interessante, per gli operatori che si occupano di questo caso, indagare sul vissuto del paziente circa le aspettative dei familiari, dai quali egli sembra allontanarsi emozionalmente tramite la distruttività obnubilante.

La relazione tra pazienti ed operatori differisce dalla relazione tra gli stessi pazienti e le regole: con gli operatori si spera di trovare comprensione e indulgenza, amicizia e capacità di contenimento delle proprie emozioni. Per questo è importante che gli operatori sappiano cogliere emozionalmente, e trasformare in pensiero, quelle emozioni che i degenti non sanno capire, non sanno simbolizzare e, ancor più, non sanno pensare. L'operatore può essere inteso, in questi casi, come un supporto pensante alle emozioni del malato mentale; una funzione integrativa che sa capire e dare senso alle emozioni insensate del paziente, le sa tradurre in un continuum coerente e comunicabile. La relazione tra operatore e gruppo dei degenti, ad esempio in una comunità o in un SPDC, può rivestire la stessa funzione, quella di traduzione di quanto viene vissuto e agito nel gruppo, affinché il gruppo possa ritrovare il senso delle interazioni che vengono agite al suo interno.

La domanda di psicoterapia

Si è detto del fatto che non è ancora ben chiaro il motivo per cui i servizi di salute mentale abbiano accolto, assieme al prendersi cura dei malati psichiatrici, la domanda di psicoterapia; una domanda sempre più diffusa e numericamente elevata. Alcuni CSM, ad esempio, escludono dalla loro attività la psicoterapia, per dedicare le proprie risorse, interamente, all'inserimento e al mantenimento dei malati mentali, al fine di evitare la loro cronicizzazione. Una cronicizzazione che comporterebbe peggioramento delle capacità di convivenza del malato stesso e una sua istituzionalizzazione entro strutture da vicino rievocanti il vecchio Ospedale Psichiatrico. Questo, peraltro, non è il caso per la maggioranza dei CSM italiani. Ciò significa che la maggior parte dei CSM si occupa del mantenimento farmacologico e di una facilitazione dell'inserimento dei malati mentali, ma al contempo pratica una estesa attività di psicoterapia. Interessante notare che per la prima attività sono impegnati psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, riabilitatori psichiatrici e assistenti sociali; per la seconda attività, di contro, gli unici ad essere abilitati alla psicoterapia sono gli psichiatri e gli psicologi. Gli infermieri, in alcuni CSM, svolgono un lavoro di segreteria nei confronti delle domande di psicoterapia.

Come è nata questa domanda?

E' difficile dare una risposta univoca e generale a questo "fenomeno", curiosamente non previsto nella legge 180 e apparentemente in contraddizione con gli obiettivi del movimento psichiatrico territoriale, volto alla chiusura degli ospedali psichiatrici e all'inserimento dei malati mentali gravi. Un inserimento in famiglia o entro istituzioni pensate allo scopo; un inserimento che richiedeva, al suo esordio, un pesante e capillare lavoro entro il territorio ove i malati psichiatrici erano inseriti: al fine di prevenire quelle crisi che avrebbero richiesto il TSO, interrompendo il processo di recupero dei legami tra malati e familiari e creando, al contempo, disillusioni e timori nei confronti della "fattibilità" dell'inserimento stesso. Ogni crisi psichiatrica, ogni ricorso al TSO veniva considerato, nel periodo immediatamente successivo alla promulgazione della 180, un fallimento di quel lavoro psichiatrico che voleva dimostrare la possibilità biunivoca di un affidamento familiare dei malati mentali gravi. Per questo i primi CSM lavoravano assiduamente e capillarmente entro il territorio di appartenenza, impiegando soprattutto gli infermieri, assieme agli assistenti sociali, agli psicologi (spesso assimilati agli infermieri entro il ruolo di operatore unico) e agli psichiatri, per la prevenzione della crisi psichiatrica dei malati inseriti in famiglia o entro le strutture territoriali. Questo lavoro sul territorio si è progressivamente attenuato, assieme alla rilevazione delle grandi difficoltà incontrate nel realizzare l'inserimento familiare di malati gravi. Il loro spostamento progressivo entro le comunità terapeutiche o le istituzioni sostitutive della famiglia (appartamenti

protetti, case famiglia etc.) ha sempre più ristretto il lavoro dei CSM entro le mura della propria struttura; parallelamente a questo ritiro entro la sede istituzionale dei CSM, si è perseguita una progressiva formazione specialistica alla psicoterapia, sia da parte degli psichiatri che degli psicologi operanti entro i servizi di salute mentale. A questo si è aggiunta anche una consuetudine, da parte di molte persone caratterizzate dal vissuto di una qualche difficoltà emozionale, comportamentale o relazionale, a chiedere aiuto e consulenza ai Centri di Salute Mentale. Il passaparola ha poi completato l'opera, incrementando la domanda alla psicoterapia sino agli elevati livelli attuali. Come s'è detto in precedenza, chi pone una domanda al CSM non chiede, di fatto, una psicoterapia ma pone un proprio problema al servizio. Si tratta di una distinzione di grande rilievo. Si tratta infatti della distinzione che può aiutare a capire la profonda differenza tra la domanda di una specifica psicoterapia (psicoanalisi, terapia sistemica o cognitivista) entro l'area privata e la domanda che *pone problemi*, entro l'area del servizio pubblico.

Come più volte abbiamo rilevato, la domanda riferita a una specifica psicoterapia richiede, solitamente, la sola analisi di fattibilità della terapia stessa. Analisi di fattibilità che comporta, ad esempio nel caso della psicoanalisi, l'applicabilità del setting analitico: in estrema sintesi, capacità di associare "liberamente" durante la seduta sul lettino, tenuta degli orari e capacità di affrontare il pagamento della terapia. In altri termini, competenza a lavorare psicoanaliticamente, sviluppando un pensiero sulle emozioni evocate dalla situazione di analisi e specificamente dal rapporto con l'analista, verbalizzando il pensiero emozionato e interagendo con le interpretazioni dell'analista. Importante considerare che la terapia psicoanalitica non richiede una diagnosi dei disturbi del paziente, né una analisi preliminare dei problemi presentati, ma solo l'analisi di fattibilità della cura. Una considerazione dei disturbi e dei problemi posti dal paziente avviene, solitamente, entro la relazione di analisi.

Ben diversa è la situazione con cui si trova confrontato l'operatore di un CSM che accoglie la domanda di chi si rivolge al servizio cui appartiene.

Vediamo le componenti di questa differenza.

Lo psichiatra o lo psicologo che lavorano psicoterapeuticamente entro il CSM si trovano confrontati, in primo luogo, con la motivazione di chi si rivolge al servizio: una motivazione dettata da un problema, non dal desiderio o dall'intenzione di svolgere una terapia psicoanalitica, di coppia o altro. Il problema, come abbiamo detto più sopra, è definibile come una simbolizzazione, emozionalmente angosciante, dolorosa o preoccupante, di specifici eventi che la persona incontra entro la propria realtà esistenziale. Di fronte al proporsi di un "problema", l'operatore che si appresta ad una psicoterapia ha due possibili vie di scelta: la diagnosi o l'analisi della domanda. Vie difficilmente conciliabili. La diagnosi (Carli, 2008), infatti, concerne caratteristiche stabili della persona che si rivolge al servizio. L'analisi della domanda fa riferimento alla relazione che, attraverso il problema, la persona istituisce con il servizio stesso e con gli operatori che in esso incontra.

Con la diagnosi si ipotizza che sia possibile individuare specifiche tecniche di psicoterapia, diverse per le differenti forme di nosografia psicopatologica. La diagnosi, in tal senso, serve per decidere quale psicoterapia applicare in funzione del rilievo diagnostico. Questa ipotesi apre a molti dubbi teorici e a profonde perplessità di metodologia scientifica. Nonostante varie affermazioni ottimistiche in merito, infatti, non si può dimostrare, su solide basi empiriche, che le differenti forme psicoterapeutiche siano efficaci entro diversi ambiti psicopatologici. Questo per il motivo che la tecnica delle psicoterapie non è fondata sulla psicopatologia, quanto sulla dinamica che caratterizza la relazione entro l'esperienza psicoterapeutica stessa. La psicoanalisi, ad esempio, ha proposto una classificazione dei disturbi psichici che è autoriferita alla relazione analitica e alle sue vicende. Così anche la teoria sistemica, che fa riferimento alla relazione di coppia o familiare. La teoria psicoterapeutica che sembra più avvicinarsi alla psicopatologia psichiatrica è quella cognitivista, anche se sembra più un accostamento di facciata, avendo anche questa forma di psicoterapia una sua "logica" interna che prescinde dalla diagnosi formulata per quello specifico paziente. Le differenti psicoterapie, in altri termini, hanno formulato ipotesi psicodinamiche o relazionali o cognitive della personalità, coerenti con la teoria della tecnica applicata entro quella specifica psicoterapia.

C'è, inoltre, un secondo ordine di problemi per noi interessante: le categorie psicodiagnostiche psichiatriche servono per la diagnosi delle psicosi; ma, dopo Freud, sappiamo che ogni persona,

pur non psicotica, organizza il suo adattamento e il suo pensiero attraverso dinamiche che hanno a che fare con la paranoia, con la depressione, con la scissione schizoide o con la psicopatia. Sono “tratti” più o meno accentuati, presenti in ognuno di noi. Una diagnosi psichiatrica, se non è rivolta ad individuare forme gravi di psicopatologia psicotica, rischia di dare etichette, per certi versi “corrette” ma inutili se non dannose, a dimensioni emozionali diffuse e presenti entro l’intera popolazione “normale”. Mediante la diagnosi, si impone uno specifico assetto alla relazione con chi arriva ponendo un problema al servizio: una relazione capace di strutturare una sorta di mimesi del modello medico, ove l’atto stesso della diagnosi evoca dipendenza acritica in chi viene analizzato ed etichettato, secondo specifiche categorie psicopatologiche. Questa evocazione di dipendenza può giustificare una maggiore propensione alla diagnosi in chi si è formato secondo i modelli cognitivisti: l’intervento cognitivista, spesso prescrittivo di modelli di visione della realtà o di modelli riferiti al comportamento, trae vantaggio dalla dipendenza evocata nel futuro paziente con la fase diagnostica.

Torniamo al problema: si tratta, come si è visto, di una problematica simbolizzazione emozionale degli eventi, incontrati nel corso della propria esperienza, da parte di chi pone la domanda. Si tratta, solitamente, di eventi segnati da un cambiamento nel contesto: la maggior autonomia del figlio per un genitore preoccupato, l’accostamento alla sessualità in un adolescente, il pensionamento in una persona che si avvia alla terza età, il rischio di perdere il posto di lavoro, un insuccesso scolastico, conflitti entro la propria famiglia, la morte di una persona cara. Vorremmo essere chiari: non esiste una “tipologia di eventi” che sollecitano una domanda; di fatto, la domanda è motivata dalla simbolizzazione emozionale di un evento, simbolizzazione diversa da persona a persona, pur a parità o similitudine degli eventi stessi. Abbiamo accennato agli “eventi” per esplicitare di cosa si tratta, di cosa si parla solitamente entro la relazione di domanda. Ma, lo ribadiamo, la domanda nasce dal modo con cui una specifica persona simbolizza uno specifico evento. Una madre che vive con serenità la propria autonomia, che sa valorizzare lo star bene con se stessa, può essere contenta della raggiunta autonomia della figlia adolescente; una madre “preoccupata”, può vivere catastroficamente l’autonomia della propria figlia adolescente. Il punto, però, è un altro: perché una madre, preoccupata dell’autonomia della figlia in età adolescenziale, decide di rivolgersi a un servizio di salute mentale per affrontare la sua angosciante preoccupazione? Non si pensi che la risposta a questo interrogativo sia scontata². Se la stessa madre si rivolge a uno psicoterapista nel privato, pensiamo a uno psicoterapista di formazione psicologica, può essere assai probabile che l’obiettivo della madre sia quello di “affidare” la figlia allo psicoterapista. Il primo colloquio di domanda può essere interamente dedicato, dalla madre, a parlare della figlia, dei suoi problemi, dei pericoli nei quali può incorrere affrontando da sola, senza il riferimento materno, amicizie scabrose e difficili, un contesto ostile e seduttivo, tenendo conto della debolezza psicologica della figlia stessa e della sua facile influenzabilità. Sovente queste madri affermano che la figlia non ne vuol sapere di chiedere l’aiuto di uno psicologo, ma pensano che lo psicologo saprà come avvicinare e convincere la figlia alla psicoterapia. Qui è evidente il vissuto di impotenza della madre, e al contempo il vissuto di onnipotenza attribuito allo psicologo. L’interrogativo concerne i motivi che portano queste madri a rivolgersi a un servizio di salute mentale. Lo stesso interrogativo vale, evidentemente, per i molteplici casi problematici che pongono una domanda ai servizi di salute mentale. Una prima risposta è ritrovabile nella gratuità, o nella esigua spesa richiesta dal servizio pubblico per il trattamento delle problematiche proposte. Si sa che la psicoterapia privata è costosa, mentre non lo è quella pubblica.

² Nel caso della malattia mentale, il fallimento della collusione di convivenza, riferita al malato mentale, motiva al ricorso ai servizi di salute mentale. Spesso ciò avviene senza che il malato mentale sia consapevole del suo problema e senza ritener utile il ricorso allo psichiatra. Nel caso della madre preoccupata, il “problema” sembrerebbe interno alla madre stessa e alla sua angoscia; non riferito a un fallimento della collusione di convivenza. Il ricorso al servizio di salute mentale, quindi, non va ricercato in ragioni sociali, riferite alla convivenza; quanto nel bisogno della madre preoccupata di confrontarsi con qualcuno cui “confidare” il suo problema. Vedremo che tale bisogno di “confidenza” cela la fantasia di riprodurre, nel rapporto confidenziale, un agito compensatorio della problematica vissuta entro la relazione con la figlia. Ad esempio la fantasia, della madre, di poter affidare la figlia a qualcuno che la controlli al posto suo.

Una seconda risposta può essere riferita alla brevità del trattamento pubblico; al contrario dei trattamenti psicoterapeutici privati, a volte lunghi diversi anni. Molte persone pensano che sbrigarsi in fretta nel trattamento psicoterapeutico sia un grande vantaggio.

Questi due ordini di risposte hanno apparentemente a che fare con problemi concreti di danaro e di tempo. Ma non va trascurata la dinamica simbolica che sostanzia le ragioni che motivano alla domanda pubblica di psicoterapia. Ad iniziare dalla stessa natura della domanda: se una persona va dallo psicoanalista si aspetta di essere “sottoposta” a trattamento psicoanalitico. Se la stessa persona si rivolge al servizio pubblico, si aspetta di veder trattato il problema che porta, indipendentemente dalla tecnica di trattamento che sarà applicata. Ci si aspetta, quindi, una maggior coerenza tra iniziativa degli operatori e problema portato al servizio. Questa coerenza può assumere due connotazioni: la diagnosi, che collude con le fantasie “mediche” del paziente; l’analisi della domanda, che traduce la domanda stessa entro le dinamiche della relazione istituita con l’operatore.

Vale la pena sottolineare che quando la domanda di psicoterapia concerne una specifica tecnica (“desidero fare un’esperienza psicoanalitica con lei”) e la risposta dello psicoterapista concerne solo l’analisi di fattibilità dell’esperienza entro la specifica tecnica di cui è “titolare”, non sembra esserci alcun problema di diagnosi o di analisi della domanda. La domanda concerne l’esperienza secondo una specifica tecnica e la risposta consiste nell’applicazione della tecnica stessa. Si può pensare che queste considerazioni siano troppo semplicistiche, ma a ben vedere molte psicoterapie private seguono questa procedura.

Nel pubblico, di contro, la presentazione del problema, considerato coerentemente alla definizione di “problema” quale simbolizzazione affettiva di un evento o di un’area della realtà esperienziale di chi porta la domanda – problema, non trova solitamente una risposta limitata all’applicazione di una tecnica. Sull’impossibilità di rispondere ad una domanda problematica con l’applicazione di una specifica tecnica psicoterapeutica, si potrebbero sviluppare complesse considerazioni teoriche e di teoria della tecnica. Segnaliamo soltanto che il contesto del servizio limita questa riproduzione del privato nel pubblico, così come l’attesa di chi porta la sua domanda nel pubblico è orientata alla trattazione diretta ed esplicita del problema posto. Il tema, quindi, concerne il modo in cui il servizio tratta il problema posto dai singoli utenti.

In alcuni casi si è tentato di porre una stretta relazione tra diagnosi e tecnica di trattamento: sappiamo che questa relazione è epistemologicamente non fondata. Le tecniche psicoterapeutiche hanno elaborato, all’interno della teoria che le fonda, una sorta di psicopatologia idiosincratca alla teoria della tecnica. Ciò significa che le differenti psicopatologie non sono tra loro commensurabili: spesso non sono comparabili nemmeno le dinamiche che definiscono e consentono di far riferimento a uno specifico disturbo, ad esempio entro la psicoanalisi e la teoria della tecnica sistemico relazionale. Quando si parla di personalità paranoide, ad esempio, si pensa di far riferimento ad una nozione univoca, ma con questo termine si possono intendere cose differenti, se lo si usa in psicoanalisi o entro la teoria della tecnica cognitiva.

Ciò che interessa sottolineare è la necessaria coerenza tra ciò che si “coglie” del problema portato dal paziente e la teoria della tecnica che si pensa di usare per il successivo o contemporaneo intervento psicoterapeutico. Se si utilizza una teoria della tecnica psicodinamica, ad esempio, è del tutto irrilevante una diagnosi secondo i parametri psichiatrici, ad esempio quelli definiti entro il DSM IV. Pensiamo ad una giovane donna che presenta, ad un servizio pubblico, il problema dell’essere stata lasciata dal fidanzato. L’“essere lasciati” può far pensare, se riferito alla persona che porta il problema, al sentimento abbandonico che può alimentare una dinamica depressiva. Nel contempo la donna agisce, entro la relazione con la psicologa che si occupa di lei, specifiche pretese: deve essere lei a decidere le date e la frequenza delle sedute, a volte non si presenta all’appuntamento o pretende un cambiamento dell’appuntamento all’ultimo momento.

Come possiamo guardare al problema “essere stata lasciata dal fidanzato”? Di che problema si tratta? Ancora una volta siamo confrontati con un evento, non con la simbolizzazione emozionale dello stesso evento. E’ importante sottolineare questa differenza. Noi possiamo intervenire sui vissuti, non certo sugli eventi. Ma i vissuti li possiamo inferire dalle parole utilizzate per definire il problema (essere stata lasciata) o dai vissuti agiti, in questo caso entro la relazione con la psicologa del servizio? Ci si orienta alla diagnosi di depressione, concernente la persona che porta il problema, o si fa riferimento alla dinamica della relazione che la giovane donna instaura con il servizio? Depressione o pretesa? Depressione come reazione emozionale ad un abbandono o

pretesa, quale dinamica di possesso che la donna tenta di agire nella relazione di domanda? La donna parla del suo rapporto con il fidanzato come di una relazione fallita, non essendo lei riuscita a tenerlo con sé. Dice che le sue relazioni affettive sono sempre state caratterizzate da reazioni di gelosia, di controllo spesso asfissiante, che rapidamente stancano il ragazzo con cui si era stabilita una relazione amorosa. Sembra che la stessa cosa avvenga anche con la psicologa del servizio, che si sente allo stesso tempo irritata e preoccupata per questa donna volubile, capricciosa, inaffidabile, ma anche vischiosamente legata alla relazione terapeutica. Che relazione possiamo stabilire tra l'essere lasciati, in una relazione di coppia, e la dinamica depressiva? Ci si deprime quando ci si separa con il partner? Oppure ci si deprime quando si vive "l'essere lasciati" dal partner? A ben vedere le due cose non sono affatto comparabili. Il "separarsi" comporta un convenire sull'opportunità di por fine a una relazione; per i motivi più diversi, e con i più differenti gradi di partecipazione alla decisione. Il separarsi, in ogni caso, comporta una comunicazione reciproca e un'accettazione della "convenienza" nei confronti della decisione. L'essere lasciati, di contro, implica, da parte di chi si sente lasciato/a, un'emozione di fallimento della dinamica collusiva del controllo. Se ci si sente lasciati, significa che si stava vivendo una relazione fondata sul controllo dell'uno sull'altro. Controllo che abbiamo definito quale neo emozione organizzata da dubbi, timori, diffidenza di chi controlla, nei confronti di chi è controllato o si pensa di poter controllare. Spesso la relazione di controllo è basata su un processo collusivo ove chi controlla, come chi è controllato, traggono piacere da questa modalità di diffidenza e di violenza reciproca. Chi controlla è violento perché pensa di poter tenere sotto "sorveglianza" l'altro; chi è controllato trae piacere dal rendere vano, inutile e fallimentare lo stesso atto del controllare. Ma chi è controllato trae piacere anche dall'immagine potente, svincolata da ogni reciprocità, che l'essere controllato gli conferisce. Chi pretende di controllare è motivato da una fantasia onnipotente, chi è controllato è alimentato da una reciproca fantasia onnipotente. Il controllare, in sintesi, rappresenta un fallimento della relazione fondata sullo scambio e sulla reciprocità. Le relazioni basate sul controllo sono destinate a finire, rapidamente. Il sentimento di essere stati lasciati caratterizza chi pretende di controllare l'altro. Così come chi è controllato, alla fine della relazione può provare un'emozione di "liberazione", di sollievo. Per ricominciare, mettendosi alla ricerca di qualche altro partner controllante.

Si può comprendere come la perdita dell'oggetto controllato e dell'opportunità di controllo, possa evocare sentimenti di compensazione, ove si ricerca il controllo in altre relazioni, anche in quella con la psicologo a cui ci si rivolge. Se la psicologa si è convinta dello stato depressivo della paziente, può soggiacere ai tentativi di controllo nei suoi confronti, nella tema di "perdere la paziente" se pone in discussione le sue pretese circa il setting del lavoro psicoterapeutico. Così facendo, non farà che provocare un incremento delle fantasie di controllo nella paziente, rieditando con lei quanto avveniva nella relazione tra la paziente stessa e il suo partner. Si potrebbe dire che il "masochismo" professionale della psicologa funge da sollecitatore di sempre nuove frontiere nella fantasia di controllo nella paziente. La dinamica del controllo non s'accontenta mai e può giungere a comportamenti estremi, quali l'annullamento dell'altro o l'annullamento di se stessi. Un modo per annullare contemporaneamente l'altro e se stessi, è il tentato suicidio. Parliamo di tentato suicidio, non di suicidio. Vale a dire di quel comportamento che funge da unico elemento problematico per il lavoro psicoterapeutico. Miglioramenti, peggioramenti, dichiarazioni di star meglio o peggio, reazioni gratulatorie o preoccupate di parenti o amici, nulla di tutto questo ha un significato socialmente dimostrativo dell'andamento di una psicoterapia. Il suicidio o il tentato suicidio, di contro, sembrano costituire eventi di inequivocabile fallimento della psicoterapia, sul piano sociale e sul piano della dinamica che questi eventi sono capaci d'evocare entro la vita emozionale di chi è emozionalmente vicino a chi fa fuori se stesso o tenta questo atto. Il suicidio evoca, o pretende d'evocare, colpa ad aeternum, vergogna, disapprovazione e rabbia, impotenza e sentimento di non esistenza, sprofondando in uno stato di annullamento di sé chi era vicino al suicida. Queste drammatiche e devastanti emozioni possono durare anni, senza fine. Ma queste reazioni, lo si sa spesso dall'invocazione di perdono di chi commette questo atto, sono ben prevedibili da chi commette "l'atto insano", e stanno spesso alla base delle motivazioni che portano una persona a togliersi la vita. Nel tentato suicidio, di contro, la persona che tenta di farsi fuori può essere l'oggetto di relazioni che enfatizzano la dinamica del controllo, portata alle sue estreme conseguenze. Chi tenta il suicidio può provare un'emozione di trionfo, nel suo bisogno di controllo sugli altri; trionfo nell'assistere ai tentativi di riparazione che gli "altri" possono mettere in atto quale

risposta reattiva all'atto. Chi commette un tentato suicidio pone, spesso, una sfida a chi si sta occupando di lui, aumentando infinitamente le sue potenzialità di controllo.

Parlavamo prima del *rebound* sociale che il suicidio o il tentato suicidio possono avere nell'ambito della psicoterapia. Ciò può essere particolarmente problematico nel caso della psicoterapia entro il servizio pubblico di salute mentale. Qui la mobilitazione può essere generale, implicando anche i rapporti gerarchici entro il servizio stesso. Mobilitazione che può avere riflessi sulla sicurezza professionale di chi opera entro il servizio: il suicidio o il tentato suicidio, infatti, sono eventi pericolosi, vissuti come pericolosi soprattutto dalla gerarchia; ma anche eventi per prevenire i quali c'è pochissimo da fare. Ciò può comportare iniziative restrittive, prudenze generalizzate, agiti di antichi conflitti tra figure professionali. Questa mobilitazione, in sintesi, sembra rappresentare una ulteriore comprova della valenza di controllo che l'atto in sé riassume.

Ci siamo dilungati su questo "caso" per mostrare quanto sia complessa la declinazione psicodinamica della domanda portata al servizio e il suo evolvere nel giro di poche sedute di psicoterapia. Riteniamo che solo con una accoglienza fondata sull'analisi della domanda portata al servizio, sia possibile impostare un intervento coerente con il problema portato. Si tratta di un lavoro difficile, che richiede una specifica preparazione teorica e pratica; un lavoro che confligge con la propensione a descrivere l'altro tramite categorie psicodiagnostiche; anche l'analisi della domanda "fa diagnosi", ma con modalità del tutto diverse dalla diagnosi psichiatrica: attenta alla relazione che riproduce il problema, non alle connotazioni psicopatologiche dell'"altro".

Conclusioni

Spesso si parla di utenti dei servizi di salute mentale, confondendo le due grandi categorie ora delineate dei malati mentali psichiatrici e di chi porta un problema ai Centri di Salute Mentale. Ricordiamo che la legge 180 ha istituito i servizi sul territorio per facilitare l'inserimento familiare o sociale dei malati mentali gravi, o malati psichiatrici e per fronteggiare le loro periodiche crisi. La psicoterapia nei servizi di salute mentale è una acquisizione recente, fondata su molteplici fattori motivazionali e non ancora ben definita nei suoi obiettivi strategici, in rapporto alla mission dei servizi stessi. Si tende ad accettare la psicoterapia nei servizi come un "dato di fatto", nell'ottica che vuole i servizi sul territorio come aperti a tutti, nell'ipotesi che non si rifiuta una mano a nessuno. Altre volte si ipotizza una funzione di prevenzione per le attività di psicoterapia nei CSM: nell'ipotesi che la psicoterapia possa prevenire la malattia mentale nelle sue forme più gravi, psichiatricamente connotate. Altre volte ancora si ipotizza l'affermarsi dell'attività psicoterapeutica come una sorta di evasione degli psichiatri (e degli psicologi a ruota) dal lavoro defaticante, senza una riuscita visibile nel breve – medio periodo, volto al mantenimento dello status quo nei malati psichiatrici. Altre volte ancora si ricorda lo sviluppo delle scuole private di psicoterapia, avvenuto in Italia negli anni novanta: nelle scuole si sono impegnati molti psichiatri dei servizi, importando nelle strutture pubbliche una domanda che un tempo era rivolta solo al privato. Un'ulteriore ipotesi concerne lo sviluppo della professione psicologica avvenuta, nei servizi di salute mentale, negli anni '90, dopo l'approvazione della legge istitutiva della professione psicologica, la legge 56/89; uno sviluppo ove gli psicologi (grazie all'art. 3 della legge stessa) possono aver visto nella psicoterapia l'affermazione di una prassi che finalmente, in quell'ambito, li equiparava ai medici/psichiatri.

In tutte queste giustificazioni *ex post* non si tiene conto, a nostro avviso, della differente dinamica della relazione insita nella cura dei pazienti psichiatrici da un lato, nella trattazione della domanda caratterizzante le persone che portano un problema al servizio, dall'altro. Queste ultime differiscono sia dalla malattia mentale che dalla richiesta privata di psicoterapia. La malattia mentale, lo ricordiamo appena, origina dal fallimento di una specifica collusione di convivenza. Il malato mentale, a volte consapevole di questo fallimento della collusione, altre no, non è portatore di una domanda di psicoterapia, né spesso di una domanda di cura psichiatrica. La relazione tra servizi e malato psichiatrico ha spesso origine dalle difficoltà di far accettare la terapia, sia essa farmacologica che psicologica. Sono due dimensioni diverse, lo sottolineiamo, la consapevolezza del proprio problematico stato psichico (consapevolezza di malattia) e l'accettazione di una iniziativa terapeutica di tipo psichiatrico, quindi la domanda di cura da parte del malato mentale. Questi riesce con difficoltà a formulare una domanda allo psichiatra, riferita ad uno specifico

problema: se con il termine di “domanda” e di “problema” intendiamo quanto più sopra definito. La domanda del malato mentale viene solitamente agita nella relazione sociale (familiare, lavorativa, amicale) che porta al fallimento della collusione. Nell'avvicinarsi del malato mentale al servizio di salute mentale, quando non si tratta di un TSO, è difficile distinguere quanto vi sia di iniziativa personale del malato, quanto di consigli o spinte dei familiari, quanto di accettazione rassegnata della forte pressione sociale volta ad ottenere un maggior controllo nei confronti del malato stesso. Per questo la diagnosi è importante nel caso dei malati mentali: con la diagnosi non solo si può orientare la psicofarmacoterapia o indirizzare l'approccio relazionale; con la diagnosi, si sancisce la presa in carico medicalizzante del malato; quindi si rassicura il contesto sociale, entro cui è avvenuto il fallimento collusivo, circa l'individuazione della patologia che ha motivato il fallimento stesso. La diagnosi trasforma un evento sociale in una connotazione individuale, a matrice causale, della complessa problematica rappresentata dal fallimento collusivo.

Nel caso della domanda di psicoterapia, di contro, le cose sono molto diverse. Innanzitutto nel “problema” che motiva la domanda non è individuabile facilmente un fallimento collusivo agito. La domanda di psicoterapia, al contrario, è spesso volta a prevenire un fallimento collusivo.

Proviamo a spiegarci con due esempi.

Un uomo di circa 50 anni, sposato e funzionario in un ministero, ha iniziato a manifestare stranezze delle quali si sono accorti e preoccupati i familiari: propensione a spendere in cose futili l'intero stipendio; litigiosità marcata e agita senza alcun freno con i colleghi e, soprattutto, con i superiori del suo ufficio; comportamenti violenti con la moglie e con l'anziana madre (vedova da lunghi anni e titolare di una modesta pensione, acquisita con lunghi anni di umile lavoro presso una piccola azienda), considerate responsabili delle sue passate inibizioni e della sua infelicità; profferte sessuali a donne amiche ma anche a semplici conoscenti della famiglia; sprezzo delle regole del traffico, con frequenti incidenti alla guida della sua automobile. Tutto questo si è rapidamente trasformato in reazioni sociali al fallimento della collusione che il comportamento dell'uomo provocava: in pochi mesi perde il posto di lavoro, la moglie chiede e ottiene la separazione, il suo isolamento diventa più marcato con l'abbandono di amici e conoscenti; l'unica persona che accetta amaramente e con sofferenza la nuova situazione è la madre, che si accolla anche il mantenimento del figlio presso di lei. Quest'uomo accetta una psicoterapia presso un CSM, ma si rifiuta categoricamente di assumere psicofarmaci. La sua consapevolezza di un qualcosa che non va è presente, anche se confusamente, ma l'accettazione della cura psichiatrica si limita ad alcune sedute di “psicoterapia” che, a suo dire, consistono in qualche consiglio di buon senso e nell'occasione di parlare con qualcuno; occasione offertagli dalla psicologa presso la quale si reca una volta al mese. La frequentazione della psicoterapia, a suo dire, è motivata dal bisogno di far contenta sua madre, vista la scarsa consapevolezza di “star male” che l'uomo vive. Lo psichiatra del servizio dice del paziente che “rifiuta i farmaci”: interessante notare il senso di impotenza che l'affermazione comporta, contemporaneamente all'ignoramento del significato relazionale che il rifiuto dei farmaci comporta. L'accettazione della cura farmacologica, infatti, comporta per l'uomo in questione il riconoscere la relazione tra abbandoni e problemi posti dal suo comportamento; comporta l'accettazione di una qualche relazione di causalità tra il suo modo di fare e l'isolamento nel quale si è venuto a trovare; comporta quindi la messa in discussione di quella rivendicazione persecutoria che caratterizza il suo atteggiamento nei confronti delle persone con le quali ha a che fare, in primis della madre.

Sarebbe interessante approfondire il caso, ma anche ad una sua semplice ricognizione può apparire chiara la differenza con la seguente situazione.

Al servizio di accoglienza di un CSM arriva una signora anziana, accompagnata dal marito e denunciante attacchi di panico. Una signora, quindi, che ha appreso in precedenti contatti con psichiatri e psicologi la terminologia diagnostica del suo disturbo: una paziente che arriva al servizio con la diagnosi già bell'e fatta. Al primo colloquio, il marito pretende di essere presente. La signora ricorda come spesso, per via degli attacchi di panico, si rivolge al pronto soccorso di vari ospedali nelle ore notturne, sempre accompagnata dal marito. Ottiene di parlare da sola con la psicologa dell'accoglienza; in quel frangente la donna parla di una relazione fusionale con il marito, entro la quale ha l'impressione che lui voglia intrudere non solo nelle sue vicende comportamentali, ma anche nei suoi pensieri, nelle sue fantasie e nelle sue emozioni. Non è certa sul suo atteggiamento: a volte le sembra di non poter fare a meno di questa fusionalità, altre volte

ne è stanca, sopraffatta. La donna chiede di proseguire da sola con i colloqui di accoglienza previsti dal servizio, senza la presenza del marito. Questa condizione è appoggiata dalla psicologa. La signora in questione chiede, e agisce con i colloqui di accoglienza, di avere uno spazio di relazione tutto suo; chiede di sottrarsi alla dinamica collusiva fondata sul controllo reciproco che caratterizza la relazione con il marito. Ben presto, peraltro, la donna inizia un gioco di svalorizzazione dei colloqui con la psicologa (non ne capisce l'utilità, ma tanto, male non farà) e di fantasie su cosa penserà il marito, da solo a casa, mentre lei si è presa lo spazio dei colloqui psicologici. Parla, anche se a stento, di un rapporto con il marito iniziato nell'adolescenza; dell'unico figlio che si è di recente sposato, lasciando la coppia dei genitori da sola; di un suo bisogno di controllare tutto e tutti che l'accompagna sin da piccola. Pensa che il controllare sia l'unico modo per garantirsi di non perdere: il marito come il figlio, il medico come gli amici o la psicologa. Controllare è diventato un suo pensiero "ossessivo", che l'accompagna in tutti i suoi momenti di vita. E' la prima volta che ne parla, dice durante uno dei colloqui d'accoglienza; è un pensiero che ha sempre agito, spessissimo in collusione con il marito.

Guardando ai due casi, si può cogliere la profonda differenza che li caratterizza.

Nel primo caso il comportamento dell'uomo in questione ha provocato una crisi dei sistemi di collusione entro la sua area di convivenza: nel lavoro, in famiglia, con gli amici, nel condominio dove abita. La sua è una realtà di perdita a tutto campo, dal lavoro alla moglie, agli amici. Una perdita reale, che mette il nostro uomo nella condizione di dipendere economicamente e emozionalmente dalla madre, anziana e modesta sia culturalmente che nei mezzi dei quali dispone. Si tratta di una persona che le vicende della sua vita mentale hanno reso socialmente isolata e non autosufficiente. Una persona che trova il suo stentato inserimento sociale grazie all'anziana madre, ma che nel breve giro di qualche anno si troverà a totale carico dei servizi di salute mentale e della comunità che dovrà farsene carico. Questo "stato" delle cose sembra prioritario rispetto a una qualsiasi diagnosi psichiatrica. La diagnosi aiuterà nell'impostare una cura psicofarmacologica, che peraltro il nostro uomo rifiuta, nell'estrema difesa di una sua pretesa normalità psichica. Per ora sembrano sufficienti alcuni colloqui psicologici, rarefatti nel tempo grazie alla collusione tra le scarse risorse del servizio al quale si è rivolto e il disinteresse dell'uomo in questione a riconoscere e accettare la sua problematica. Perché? Si potrebbe dire che finché la madre si occupa di lui e l'uomo riesce a limitare al lavoro e alla relazione coniugale le sue perdite, il sistema sociale "non sente il bisogno" di ulteriori iniziative di presa in carico. Con una probabile insufficienza o un ancor più probabile venir meno del lavoro di contenimento materno, nel breve o medio periodo, renderà il fallimento della convivenza non più limitato ai due ambiti del lavoro e della famiglia. E allora inizierà la presa in carico psichiatrica, con il circuito ben noto di TSO, SPDC, Comunità riabilitativa, terapeutica o di inserimento, CSM, Centro Diurno, per arrivare nuovamente a un TSO, un ricovero nell'SPDC e così via.

Nel secondo caso, di contro, non si assiste a una crisi, a un fallimento dei sistemi di convivenza, né tanto meno a una crisi del sistema sociale entro il quale la donna è inserita. La donna, con il suo arrivo al CSM e al suo servizio di accoglienza, intende agire il fallimento di un sistema di controllo familiare. Qui, la relazione con la psicologa "contiene" esaustivamente la fantasmatica che motiva la signora al suo andare al CSM. Sino a quel momento ha utilizzato i suoi "attacchi di panico" per esercitare un controllo sul marito e una sua parallela colpevolizzazione. Ora sente il bisogno di smetterla con gli agiti e, pur con l'astuzia di separarsi dal marito tramite le sedute "da sola", di fatto si costringe a una separazione dal marito che le consenta di pensare al suo bisogno compulsivo di controllare, per vivere una relazione fondata sullo scambio con la psicologa, unico modo per istituire un pensiero sulle sue emozioni. In questo caso è il setting della relazione psicologica che consente un completo contenimento dell'agito e l'istituzione di un rapporto di scambio fondato sul pensiero.

Un'ultima notazione: non è la diagnosi psichiatrica che differenzia i due casi, quanto l'analisi della relazione tra persona portatrice del disturbo o del problema e contesto: un'analisi che condiziona l'intervento dei servizi nella loro complessità nel primo caso, che fonda il senso di un intervento "psicoterapeutico" nel secondo.

Bibliografia

Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 154 - 170