

## Tre schizzi per un ritratto.

di Vincenzo F. Scala\*

Nell'economia del Dipartimento di Salute Mentale, il Centro di Salute Mentale costituisce il principale luogo di incontro e di scambio tra la cittadinanza e la struttura sanitaria pubblica rivolta a tutto quell'insieme di situazioni e di bisogni riconducibili – anche attraverso l'interpretazione che il pubblico stesso attribuisce al termine – appunto, all'ambito della salute mentale. Essendo il Servizio Psichiatrico ospedaliero di Diagnosi e Cura l'altro possibile punto di accesso al Dipartimento, ma limitatamente a quelle condizioni che rivestono carattere di urgenza/emergenza con riferimento al criterio della pericolosità per sé o per gli altri.

Al Centro di Salute Mentale, che si vuole struttura costantemente aperta alle richieste del pubblico, conferisce una gamma nutrita e diversificata di domande, in coerenza con la sua mission iniziale e fondativa e con le trasformazioni e ampliamenti cui essa è andata incontro nel corso degli anni<sup>1</sup>.

Oggi, in linea di massima, i dirigenti e gli amministratori ritengono che il cosiddetto "core business" del CSM e dell'intero Dipartimento, sia costituito dai bisogni assistenziali di quell'utenza che, in una logica "ex iuventibus", in passato sarebbe stata avviata all'Ospedale Psichiatrico. Ma si riconosce che, accanto a questa fascia di utenza, di bisogni e di domande c'è molto altro. Per esempio tutta la consistente area dei cosiddetti "disturbi emotivi comuni" o "disturbi mentali comuni". Al riguardo uno studio recente su ampia scala<sup>2</sup>, riporta che il 7,3 % della popolazione generale riferisce di aver sofferto, nel corso dell'ultimo anno, almeno una volta, di qualcosa che si configura all'interno di quella categoria. C'è poi una serie di situazioni che comuni non si possono ritenere, ma che non rivestono quei caratteri di pericolosità o di evidente devianza dalla norma da rientrare nel "core business", e che tuttavia si associano a grandi difficoltà e acuta sofferenza per chi ne è portatore (si pensi, ad esempio, a quanto si sente ormai ricorsivamente affermare circa il progressivo aumento della prevalenza del disturbo borderline di personalità). Questa complessità della domanda che giunge al CSM rinvia inevitabilmente alla necessità di diversificare le risposte che il servizio offre e gli interventi che dispiega.

E la competenza psicologica? La competenza psicologica, presente nei CCSSMM – in misura maggiore o minore a seconda delle diverse regioni italiane – come si dispiega in questo panorama o che cosa potrebbe offrire di nuovo?

Proveremo, a questo punto, ad abbozzare un possibile e parziale disegno dell'operatività psicologica nel CSM, attraverso la presentazione di tre sintetici resoconti, quasi schizzi di altrettante situazioni cliniche; proponendo, per ciascuna, alcuni spunti di riflessione.

### *L'Emigrante*

*L'Emigrante è una giovane donna, di trent'anni; viene da un paese della Calabria, dove ha lasciato i genitori, una sorella di poco più giovane e la nonna materna. Una famiglia all'antica che vive in condizioni di difficoltà economiche, in una casa vecchia e fredda, dove le relazioni familiari sono improntate all'imperativo, prevalentemente impersonato dalla madre, di rimanere tutti vicini e uniti.*

*Lei, l'Emigrante, è venuta a Roma per l'Università, si è laureata, non è riuscita a mettere a frutto la preparazione acquisita traducendola in una attività produttiva, ma ha comunque deciso di rimanere a Roma; in ciò resistendo al richiamo della famiglia che la vorrebbe a casa, non è chiaro a far cosa, anche niente, ma presente a condividere le relazioni e le difficoltà familiari.*

*L'Emigrante ha visto quale doveva essere il suo futuro di donna calabrese, stretta tra la possibilità di rimanere nella sfera della famiglia di origine e la scelta di imboccare un percorso segnato, come tante sue coetanee, diventate, tristemente ai suoi occhi, mogli e madri.*

*Lei, dunque, ha voluto saltare fuori da un cerchio che sentiva stringerlesi attorno, ma la sua traiettoria, da un luogo noto e inesorabilmente definito nei suoi confini, l'ha condotta ad un'orbita di parcheggio, a un non –*

\* Psicologo presso il Dipartimento di Salute Mentale ASL RM/B.

<sup>1</sup> Per una descrizione del processo storico e culturale che dalla nascita dei Centri di Salute Mentale conduce al presente si veda su questa stessa rivista Paniccia, Di Ninni, & Cavalieri, 2006. Vedi bibliografia.

<sup>2</sup> Si tratta del Progetto ESEMeD-WMH (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – World Mental Health), condotto nel 2002-2003 in 6 paesi europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda e Spagna). In Italia è stato coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

luogo. A una condizione dove, essendo chiaro che cosa ha inteso fuggire, non sa però dove vuole e può giungere.

*Si, perché con il suo emigrare qualcosa è cambiato, ma qualcos'altro è rimasto immutato.*

*In famiglia, al paese, il contesto era univoco e pressante nell'indicare la direzione da seguire; a Roma, invece, lei può decidere del suo destino, dovendosi però confrontare coi vincoli posti dalla nuova realtà (il costo degli affitti, le possibilità di guadagno, i percorsi che possono collegare la formazione acquisita con la possibilità di tradurla in un'attività di lavoro...).*

*Quello che non è cambiato è il suo modello di rapporto con il mondo, con la realtà contestuale; rimasto improntato alla dipendenza passiva. Un modello ancora capace di orientarla nel primo periodo della sua vita a Roma, quello della formazione universitaria, ma che diventa drasticamente inadeguato con la fine degli studi, quando non ci sono più mete prefissate, percorsi tracciati, direttive sicure da seguire.*

*E allora la richiesta al Servizio, motivata da un'iniziale depressione che lei teme possa travolgerla come già in passato.*

*E allora la psicoterapia, come luogo in cui riversare il disorientamento, l'incertezza, la provvisorietà, l'ansia di una condizione di vita fatta di un lavoro che considera di ripiego rispetto alle sue iniziali aspirazioni, sempre più lontane (lavora come assistente alla poltrona in due diversi studi dentistici ed è laureata in scenografia), e fatta delle continue difficoltà di convivenza all'interno di un appartamento, condiviso con altre ragazze scelte dal proprietario e che spesso si avvicinano. E fatta di relazioni affettive improbabili, come quella, clandestina e confusiva, con uno dei datori di lavoro.*

*La psicoterapia come luogo di denuncia, di lamentazione, di dichiarata impotenza...di riproposizione dell'antico modello.*

*Ma anche la psicoterapia come possibilità di cominciare a riconoscere tutto ciò; come occasione per trasformare una visione della realtà in cui tutto è uguale a tutto ed è tutto un caos, in una valutazione che istituisce distinzioni, che differenzia (i dentisti non sono tutti uguali, quello che accade in uno studio non accade in un altro...), che individua margini di azione possibile.*

*In un processo non lineare che, al momento, ammette oscillazioni e inversioni.*

E' nozione diffusa nell'ambiente dei Centri di Salute Mentale, e confortata dai dati rilevati attraverso i sistemi informativi, che delle nuove domande che giungono ai servizi, circa il 30% è riconducibile a quella che si definisce genericamente l'area della "gravità", comprendendo sotto questa etichetta condizioni relative alle psicosi schizofreniche, ai disturbi dell'umore (disturbi bipolari e, depressioni maggiori), alle sindromi psico-organiche. Il 70% delle domande, invece, rinvia a condizioni inquadrabili nella categoria dei "disturbi mentali comuni" (disturbi d'ansia, depressioni minori, disturbi del comportamento alimentare, tendenza all'abuso di alcolici) o in quella dei disturbi di personalità a livelli moderati di gravità.

L'area dei "disturbi mentali comuni", in particolare, merita una riflessione dal punto di vista della competenza psicologica. Queste condizioni, infatti, se considerate dal vertice dell'emergenza sintomatica e osservate attraverso le lenti della classificazione psicopatologica, rinviano alle categorie diagnostiche sopra ricordate. Ma, se lette in chiave psicosociale, appaiono come difficoltà delle persone in rapporto ai contesti di vita e relativamente a mutamenti, voluti o non voluti, previsti o non previsti, che comunque propongono agli interessati la necessità di individuare assetti di vita, posizionamenti, modalità di rapporto ecc. nuovi e diversi da quelli per ciascuno abituali e collaudati<sup>3</sup>. In questa prospettiva l'aspetto sintomatico va sullo sfondo e si costituisce come segnale piuttosto che come oggetto centrale di attenzione e target dell'intervento.

Questioni, dunque, su cui come psicologi si può dire più di qualcosa.

Tuttavia si sente spesso affermare che quest'area di problemi, per non gravare sui servizi psichiatrici (in questo caso si definiscono così e non "di salute mentale") potrebbe essere utilmente trattata dai Medici di Medicina Generale con l'uso di appropriati psicofarmaci e attraverso il sostegno generico. Evidentemente due prospettive che è ben difficile considerare equivalenti!

Un problema però certamente si pone se teniamo a mente i dati prima ricordati. Lo studio citato indica che il 7,3% della popolazione generale avrebbe sofferto, nei dodici mesi precedenti l'intervista, di uno o più disturbi mentali comuni. Va precisato che in questo studio sono stati considerati i disturbi depressivi (depressione maggiore e distimia), i disturbi d'ansia (disturbo d'ansia generalizzata, fobia sociale, fobie specifiche, disturbo post-traumatico da stress, agorafobia e disturbo di panico) e i disturbi relativi ad abuso/dipendenza da alcool.

---

<sup>3</sup> Si veda al riguardo il concetto di "fallimento della collusione" in Carli & Paniccia, 2003.

Un CSM, mediamente, si costituisce come punto di riferimento per popolazioni di 150.000 – 200.000 abitanti (più precisamente per la porzione di età superiore a 18 anni di quelle popolazioni). Si vede allora che il fenomeno “disturbi mentali comuni” si profila come consistente e critico per una struttura di servizio la cui finalità sia la salute mentale in una popolazione data. Fino ad ora, direi che la soluzione a tale criticità sia stata quella di dire soltanto a bassa voce che il Centro di Salute Mentale può essere un luogo cui riferire domande relative a quest’area di bisogni, lasciando che solo una minoranza della popolazione ne sia al corrente. Alcuni servizi, poi, tendono a scoraggiare attivamente questo tipo di domanda. E le stesse caratteristiche fisiche della struttura (ubicazione nel territorio di riferimento, qualità degli spazi...) costituisce a volte un filtro efficace.

Al momento, inoltre, a fronte della consapevolezza relativa alla dimensione del fenomeno e quindi alla sua rilevanza in termini di salute pubblica, manca un’attenzione volta a indagarlo più puntualmente, come sarebbe necessario per intervenire opportunamente.

Se percorriamo l’ipotesi prima accennata riguardo l’origine di ciò che va sotto la definizione di “disturbi mentali comuni”, possiamo immaginare che, all’interno della popolazione di tutti coloro che negli ultimi dodici mesi hanno sofferto di almeno un disturbo, una porzione sia costituita da persone che sono state in grado, da sole o con l’aiuto che possono trovare nei contesti di vita, di trovare una soluzione e superare il “disturbo”.

Sappiamo poi, dall’esperienza diretta del lavoro nei servizi, che per un’altra porzione di quella popolazione ciò non accade e si rende necessario un aiuto competente, come avviene nel caso delle numerose domande che giungono all’attenzione dei Centri di Salute Mentale. E qui c’è da chiedersi a quali esiti si va incontro quando, ponendosi tale necessità, sia possibile trovare una risposta competente ovvero, per mancanza di informazione o per indisponibilità dei servizi, ciò non sia possibile. In particolare, cosa accade quando le persone restano indefinitamente impigliate in situazioni problematiche delle quali non riescono a venire a capo?

Infine, c’è sicuramente – e anche questo è testimoniato dall’esperienza quotidiana – una quota di situazioni nelle quali l’emergenza di un disturbo mentale comune è occasione o anche pretesto, per portare all’attenzione dell’interlocutore, o porre sul tavolo, questioni non contingenti, legate allo stratificarsi delle esperienze nel corso della storia degli interessati, a partire da tempi anche molto lontani (e qui si apre, volendo, il discorso sui disturbi di personalità).

Non sappiamo però in che misura e in quali proporzioni queste diverse possibilità siano presenti nell’esperienza di quel 7,3 % della popolazione generale di cui ci stiamo occupando.

E’ certo però che una più convinta presa in carico, da parte dei Centri di Salute Mentale, della questione relativa ai disturbi mentali comuni, passa, di necessità, attraverso l’individuazione di strategie, modalità di intervento e sviluppo di strumenti operativi opportuni. E su questo punto la riflessione, da parte delle componenti professionali – compresi gli psicologi – presenti nei servizi, è in ritardo.

Con riferimento al contesto di cui ho personale esperienza, qualche idea, in alcuni momenti, si è abbozzata.

Si potrebbe pensare, per quanto attiene alla competenza psicologica, di affinare la capacità di riconoscere e trattare quelle situazioni in cui un intervento breve, centrato sull’individuazione di un problema contingente, può rappresentare per il cliente un servizio significativo ed efficace nel restituirgli la capacità di confrontarsi costruttivamente con la propria esperienza. Si ha la sensazione, invece, che a volte situazioni con queste caratteristiche vengano imbarcate per percorsi di lunga durata, non inutili, ma forse non strettamente necessari e tali da configurare un prodotto di cui non è il caso che il servizio si faccia carico. All’opposto, in alcuni servizi, la risposta che può essere data a domande relative a situazioni di tal genere equivale a comunicare all’utente che ha, in sostanza, sbagliato indirizzo rivolgendosi al CSM.

Ma certamente giunge all’attenzione degli psicologi nei CSM tutta una gamma di situazioni in cui un intervento breve (diciamo entro l’arco dei cinque incontri previsti come fase di valutazione) non ha senso e occorre darsi prospettive di medio-lungo periodo che propongono la questione del rapporto richieste/risorse disponibili. E qui si potrebbe pensare ad un utilizzo più mirato e organico di risorse esterne.

Si può osservare che se da un lato i Centri di Salute Mentale sono sottoposti alla pressione della domanda di servizi da parte del pubblico, da un altro lato essi ricevono una richiesta pressante da parte delle scuole private di psicoterapia e delle scuole di specializzazione universitarie, per la realizzazione di tirocini formativi. All’interno dei CSM, poi, si trova un’ampia compagine

professionale di psicoterapeuti – psicologi e psichiatri – con 25–30 anni di esperienza in quel contesto che potrebbero utilizzare una parte del tempo dedicato al lavoro clinico con l'utenza per funzioni di supervisione. Non sembrerebbe impossibile comporre questi diversi elementi e realizzare strutture che realizzino un servizio per il pubblico, costituiscano un ambito formativo sul campo e producano ricerca sulle prassi.

Si potrebbe pensare poi, in una prospettiva di intervento nella comunità di riferimento, ad un ruolo attivo dei Centri di Salute Mentale nella promozione del modello dell'auto-mutuo aiuto presso i luoghi di aggregazione e partecipazione presenti nel territorio.

Iniziative ipotetiche alle quali spesso si è pensato, ma per la cui realizzazione, anche solo a titolo di prima sperimentazione, sono finora mancati lo slancio creativo e il potere decisionale necessari.

#### *L'Autarchico*

*Quando, nel settembre 2001, venimmo avvisati con una lettera che la madre era venuta a mancare, lasciandolo solo, lui, l'Autarchico, era da tempo noto al Servizio. Aveva preso contatto con noi anni prima, già riconosciuto invalido e in diritto di ricevere una pensione; il verbale recita: "sindrome dissociativa".*

*Ma ciò che maggiormente lo caratterizza è una sorta di ostinata e quasi infantile necessità di contrapporsi all'interlocutore e sottrarsi ai vincoli che governano i contesti, dovendo sempre, in qualche modo, forzarne almeno un po' le regole accettate e condivise. Questa sua radicata attitudine lo ha condotto ad una condizione di relativo isolamento sociale. Con due eccezioni. Il rapporto storico con un amico, un compagno del tempo del Liceo e con la famiglia di lui. E la frequentazione dell'aureo mondo della lirica e della musica classica dove, presso alcuni ambienti, è benvenuto e accettato come una mascotte, potendo perciò godere di alcuni privilegi come biglietti gratuiti per importanti manifestazioni artistiche.*

*Negli anni passati aveva preso parte a numerose iniziative riabilitative nel corso delle quali, puntualmente e con intensità variabile, si erano verificati gli inevitabili inciampi connessi al tentativo di mettere assieme autarchia e partecipazione al contesto. Così pure era stato per la frequentazione, di due anni, presso un centro diurno orientato alla pre-formazione lavorativa e che non aveva avuto l'esito auspicato di avviarlo ad un impegno produttivo.*

*Chi ci avvisava con la lettera, era appunto l'amico, persona dedita all'impegno sociale e che svolge per l'Autarchico una funzione che potremmo definire di "addetto alle pubbliche relazioni". Nella lettera sottolineava la funzione che si attendeva il Servizio svolgesse ora che l'Autarchico si trovava da solo ad affrontare la vita.*

*Assieme all'assistente sociale ci si incontrò, prima solo con lui e poi con entrambi. L'Addetto alle pubbliche relazioni riteneva che ci fosse bisogno di attivare un programma di aiuto domestico per garantire la cura della casa e della persona, l'altro non ne voleva sapere e assicurava di poter benissimo provvedere da solo a quanto necessario.*

*Ci si accordò prevedendo periodici incontri dell'Autarchico presso il Servizio, per verificare l'andamento del nuovo assetto, e contatti telefonici, se necessario, con l'Addetto alle pubbliche relazioni. Ma risultò presto difficile mantenere quanto previsto: appuntamenti saltati, telefonate per riconvocarsi, altre assenze e così via in un progressivo allentarsi dell'accordo, fino a quando l'Addetto alle pubbliche relazioni telefonò allarmato: aveva ricevuto, a propria volta, telefonate dai vicini di casa dell'Autarchico, anch'essi allarmati.*

*Riferivano condizioni igieniche della casa ai livelli di guardia; in particolare si era verificato un increscioso episodio quando, in assenza dell'Autarchico partito per assistere a una manifestazione musicale fuori Roma, consistenti schiere di formiche, muovendo dal balcone della sua abitazione, avevano violato i confini di un appartamento soprastante.*

*Non ottenendo risposta, i vicini avevano chiesto l'intervento dei Vigili del Fuoco che, penetrati in casa attraverso una finestra, avevano potuto far luce sull'origine dell'inquietante fenomeno: l'Autarchico, da qualche tempo dedito al giardinaggio domestico, aveva letteralmente trasformato il balcone di casa in una inestricabile giungla dove le formiche avevano potuto stabilire una popolosa comunità.*

*In seguito ci recammo a casa. L'appartamento, sporco e in disordine, con alcuni angoli trasformati in deposito di ogni genere di cianfrusaglie, non era comunque tra i peggiori che si siano visti nella storia dei CSM. Diciamo al limite delle condizioni necessarie per una pacifica convivenza in un ambito condominiale.*

*A quel punto l'Autarchico non ebbe difficoltà a convenire sull'opportunità di prevedere un aiuto domestico che una cooperativa di assistenza domiciliare avrebbe provveduto a realizzare e che il suo Curatore legale, a suo tempo nominato dal Giudice per richiesta della madre, avrebbe finanziato col denaro che questa gli aveva lasciato.*

*Piuttosto si dovette lavorare su una divergenza nel modo di intendere il progetto, tra noi e l'Addetto alle pubbliche relazioni. Questi si aspettava che gli operatori domiciliari avrebbero provveduto a una sistematica rieducazione dell'Autarchico, per fare di lui un perfetto padrone di casa, insegnandogli il giusto modo di*

*condurre le questioni domestiche. Questa attesa, orientata a rimodellare lo stile di vita dell'Autarchico sul calco dello stesso Addetto alle pubbliche relazioni, ci sembrava una premessa rischiosa.*

*All'Autarchico proponemmo la partecipazione ad un gruppo di attività, presso il Servizio, dedito alla pratica dell'escursionismo. Prospettiva che gradì e che lo vede convinto ed assiduo partecipante delle iniziative previste. Naturalmente questa proposta, da lui investita con avido desiderio, non ci esime dal ricorrente confronto con la riemergente autarchia, anzi, ma consente, almeno in alcuni momenti, di interrogarci e interrogarlo al riguardo.*

*Tengo, con gli attori presenti sullo scenario descritto, regolari contatti di verifica che considero funzione necessaria alla manutenzione dell'intervento.*

*Per quale prodotto?*

*Dotare l'Autarchico di una rete che lo sostiene in una condizione di marginalità compatibile.*

La cosiddetta "area della gravità", cui si è fatto cenno in precedenza, interroga, in qualche modo, la competenza psicologica. Nel momento in cui i Centri di Salute Mentale si sono costituiti e hanno visto l'ingresso (consistente nella nostra, come in altre regioni italiane) degli psicologi, anche attraverso itinerari avventurosi come quello degli "Animatori Psichiatrici"<sup>4</sup>, molti di noi, sulla scorta di percorsi formativi seguiti in precedenza, hanno vissuto una sorta di illusione psicoterapeutica; vale a dire la convinzione che fosse possibile aggredire efficacemente anche la psicopatologia più grave con lo strumentario psicoterapeutico. L'inevitabile delusione che ne è seguita ha condotto molti a ritenere che sia quello un terreno su cui, come psicologi, c'è poco o nulla da dire e fare, essendo, invece, ambito elettivo della psichiatria (questo, appunto, nei Centri di Salute Mentale; nel frattempo, di contro, si assisteva a una forte presenza di psicologi nelle posizioni di responsabili dei Centri Diurni che via via andavano nascendo); ma è davvero così?

Se la psicopatologia, al di là di una certa soglia di gravità, risulta un terreno impercorribile con lo strumentario psicoterapeutico, è però vero che attorno alla psicopatologia o attorno alla persona che ne è portatrice, si individuano una serie di problemi di cui è utile occuparsi. Problemi inerenti i rapporti tra individui e contesti (familiari, di vicinato, nei casi più fortunati, lavorativi ...). O inerenti anche, spesso, l'assenza di contesti attorno alle persone. L'assenza di contesti di appartenenza, partecipazione, scambio. E sappiamo, ormai con chiarezza, che la condizione di isolamento, se da un lato appare come un portato della logica intrinseca alla psicopatologia, ne costituisce al contempo un potente fattore di aggravamento. Come pure sappiamo che fa sicura differenza se l'intervento complessivo si dispiega come riduzione o contenimento della psicopatologia e delle sue manifestazioni, con i mezzi che risultano efficaci (gli psicofarmaci), o se prevede l'impegno a interrogarsi sulla qualità complessiva di vita delle persone nella prospettiva di migliorarla<sup>5</sup>.

Quando si lavora nel setting psicoterapeutico, l'azione efficace si svolge nel "qui e ora" della relazione operatore-cliente. Se le cose funzionano come si vuole, in quell'ambito avverranno trasformazioni non casuali i cui riflessi, attraverso la capacità del cliente di apprendere dall'esperienza, si faranno sentire nel "là e allora" della sua vita, dove si è inizialmente originata la difficoltà che lo ha portato alla psicoterapia.

---

<sup>4</sup> Tra il 1978 e il 1980 la Provincia di Roma, che allora gestiva i Servizi di assistenza per la salute mentale, ritenne di attivare presso i Centri di Igiene Mentale (quella era la definizione dei primi presidi territoriali nati a valle e per effetto della legge di riforma dell'assistenza psichiatrica) i "Club risocializzanti", strutture che dovevano favorire l'integrazione nel tessuto sociale delle persone che uscivano dagli ospedali psichiatrici mano a mano che questi venivano chiusi, come pure di quanti, non provenendo da quei contesti, sviluppavano condizioni psicopatologiche che li disponevano alla marginalità. Allo scopo venne ipotizzata la figura dell'"Animatore Psichiatrico" e venne così assunto, con contratto "a gettone", un numero consistente di questi operatori. La popolazione degli Animatori Psichiatrici era costituita per la quasi totalità da laureati o da studenti in Psicologia e da un piccolo numero di altre qualifiche (Assistenti Sociali, specializzandi in Psichiatria, Educatori Professionali...). Con la legge di Riforma Sanitaria del 1980, la competenza per la Salute Mentale passò alle Regioni. La Regione Lazio ereditò gli Animatori Psichiatrici che mantenne in servizio attraverso convenzioni via via rinnovate fino alla legge nazionale di sanatoria del precariato, nel 1985, con la quale vennero riconosciuti i titoli di studio posseduti e si procedette all'inquadramento nei ruoli professionali previsti per il Servizio Sanitario Nazionale.

<sup>5</sup> Al riguardo sono interessanti le considerazioni che Ron Coleman (1999) svolge nel suo lavoro, *Recovery, an alien concept*, sui concetti di "recovery" e di "outcome".

Occupandosi dell'“area della gravità” questo paradigma operativo non funziona più e diventa necessario mettere attivamente le mani nel “là e allora”.

E dicendo ciò non si dice nulla di nuovo, visto che questo si fa e si è fatto da tempo. Penso però che quella che può apparire come la stessa azione possa, a ben guardare, non rivelarsi tale. Negli oltre 25 anni di storia dell'assistenza territoriale per la salute mentale, l'attenzione e l'intervento nei contesti reali sono apparsi, a volte, meccanici, come se il problema fosse unicamente trovare risorse materiali o come se fosse possibile perseguire livelli di integrazione delle persone nei contesti, per così dire “per decreto”. Altre volte si è assistito al procedere lungo quella che appare una scorciatoia illusoria: creare contesti in cui azzerare le differenze tra pazienti e operatori quasi che ciò bastasse a rendere i primi altrettanto capaci dei secondi a muoversi nel mondo.

Ma se il setting psicoterapeutico non costituisce uno strumento utilizzabile, nel modo che si è detto, lo stesso non può dirsi del sapere psicoterapeutico e psicologico-clinico, per ciò che comportano in termini di possibilità di lettura non convenzionale delle relazioni e dei contesti, e di sostegno e orientamento a un'azione non stereotipale.

Penso allora che la scommessa su cui è oggi possibile impegnarsi sia coniugare la capacità di azione nei contesti reali con l'attenzione alla dimensione simbolica, allo spessore psicologico delle relazioni, alla capacità di cogliere peculiarità delle persone (oltre la psicopatologia c'è una psicologia dei soggetti) e dei contesti<sup>6</sup>.

#### *L'Asceta*

*All'età di quarantasei anni, l'Asceta vive con i genitori. Ha una diagnosi di schizofrenia e una lunga carriera psichiatrica alle spalle contrassegnata da molti tentativi di cura in contesti differenti.*

*L'ho conosciuto andando a casa assieme ad una collega psichiatra, dopo che lui aveva esplicitamente reciso il legame con il Servizio, con la cura e, in qualche modo, con il mondo esterno all'ambito familiare.*

*I genitori segnalavano il rifiuto di curarsi; il rifiuto di uscire per qualsiasi motivo da casa; il continuo rimuginare e, in parte, esprimere contenuti deliranti a carattere religioso e mistico; l'irregolarità del ritmo sonno-veglia e dell'alimentazione; il continuo e compulsivo lavarsi le mani. Incontrandoli ciò che più si avvertiva erano l'irritazione e il fastidio del padre per i contenuti ideativi del figlio; sentimenti che si traducevano in biasimo e rimprovero.*

*Dal canto suo l'Asceta lamentava l'intolleranza del padre e la mancanza di rispetto per i suoi interessi intellettuali, lasciando solo intravedere tematiche deliranti e negava, chiudendosi nel mutismo, spiegazioni sui motivi dei suoi comportamenti, in particolare il ritiro domestico. Confermava il rifiuto delle cure ma ammetteva la possibilità che tornassi per parlare.*

*Durante uno dei successivi incontri, mentre i genitori non erano presenti e ponendo fine ad una lunga pausa di silenzio, l'Asceta disse: “Sono il Segretario di Jahvè; sto fondando una nuova religione per combattere Satana!” La frase era detta col tono di una formidabile rivelazione; sembrava che volesse dirmi: “Tu insisti per sapere cosa tengo chiuso nei miei pensieri e te lo dirò, ma ne sarai spaventato!”*

*Effettivamente fui folgorato da quel lampo che disegnava i contorni di qualcosa finora oscuro; ma lui stesso dovette esserne spaventato perché subito aggiunse “Però, forse...per queste cose ci vuole un medico”. Così si fece e ricominciò una cura.*

Da lì la situazione interna alla famiglia è cambiata; non, invece, l'ostinata clausura dell'Asceta.

Il farmaco viene assunto da lui, ma l'effetto va molto al di là della sua persona. Si potrebbe dire che è la triade familiare ad assumere il farmaco.

La cura erige un argine al delirio; l'Asceta lo coltiva ancora ma in un luogo relativamente separato del suo pensiero, mentre le relazioni familiari nella quotidianità ne sono libere.

Questa sua diversa disposizione ne modifica l'immagine agli occhi del padre che non ha più davanti ai suoi occhi un figlio sperso in assurde e oscure fantastiche che scambia per realtà e gli ingenera una rabbia impotente; adesso, invece, vede un figlio timido, fragile, pigro, spaventato dal mondo; un figlio che occorre proteggere e dotare di quanto può essergli necessario quando loro, i genitori, non ci saranno più.

---

<sup>6</sup> Alcune esperienze, in questa prospettiva, sono presentate e discusse in Scala, De Toma, Tulli, & Bacigalupi, 2006. Vedi bibliografia.

E allora anche la richiesta nei confronti del Servizio si modifica. A questo punto sembra che i genitori dicano: “Lasciateci stare, ora la situazione va bene così, aiutateci a mantenerla e dateci un segno che vi ricordate che noi siamo qui”.

L'Asceta continua, tenace, nella sua clausura domestica sulla cui necessità e significato non dà spiegazioni. Sa che prima o poi dovrà confrontarsi col mondo là fuori, ma per lui, occupato con questioni ben più essenziali, non ha senso preoccuparsi del futuro; ci si penserà quando sarà inevitabile e per il momento non lo è; a mantenere i necessari rapporti col mondo là fuori provvedono, con attenzione e delicatezza, i genitori.

La vita procede nell'apparente immobilità di un equilibrio ad orologeria.

Un'altra constatazione cui conduce l'esperienza corrente nei servizi di salute mentale è che, quanto spesso appare un assetto patologico e inammissibile, può rappresentare forse l'unico equilibrio possibile per un dato contesto in un certo momento. E si giunge a volte al paradosso che vede gli operatori della salute mentale più realisti del re nel proporsi di riparare qualcosa che nessuno chiede di modificare.

Siamo lontani dal conoscere tutto sull'esistenza schizofrenica e sui sistemi di relazione che implica; sembra allora che il modo più opportuno di porsi nei confronti di queste realtà sia un atteggiamento di rispettosa curiosità, orientata a capire passo a passo, cosa è utile o possibile fare; sapendo che, a volte, l'unica funzione che si può utilmente svolgere è quella di sostenere equilibri che non abbiamo deciso noi, che nessuno ha deciso, essendo piuttosto la risultante obbligata di determinanti a cui non si ha accesso.

L'impressione che si ricava dalla frequentazione con questo tipo di situazioni è che molto spesso input piccoli, ma appropriati, risultano di gran lunga più utili di consistenti spiegamenti di energie presumibilmente mal direzionati e che mantenere con continuità una presenza non invadente consente margini di credibilità e di intervento quando, per inevitabili cambiamenti delle condizioni di vita, gli assetti abituali entrano in crisi come nel momento in cui persone nella condizione dell'Asceta perdono il sostegno derivante dalla presenza dei genitori.

Più interrogativi e spunti di riflessione e ricerca, forse, che risposte; ma questo consente, al momento, lo stato dell'arte.

Il profilo che si delinea spero consenta di cogliere che, a dispetto del punto di vista, tendenzialmente taciuto, ma sistematicamente agito, dei decisori della salute mentale (si assiste nel corso degli anni alla progressiva riduzione del numero di assistenti sociali e psicologi, mentre resta invariato o aumenta quello di psichiatri e infermieri), la competenza psicologia, con riferimento all'operatività dei Centri di Salute Mentale, potrebbe portare interessanti contributi in diverse direzioni.

Ma gli psicologi – quelli che stanno dentro i servizi e quelli che potrebbero entrarvi – questo lo sanno?

#### *Bibliografia*

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.

Coleman, R. (1999). *Recovery, an alien concept*. Gloucester: Handsell Publishing. (trad. it. *Guarire dal Male Mentale*, Manifestolibri, Roma, 2001).

De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Mazzi, F., Serra, G., Scarpino, V., et al (2005). Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – World Mental Health) [Special Issue]. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Monograph Supplement 8.

Paniccia, R.M., Di Ninni, A., & Cavalieri, P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1. Consultato il 20 maggio 2007 su <http://www.rivistapsicologiaclinica.it/italiano/numero1/PanicciaDininniCavalieri.htm>

Scala, V.F., De Toma, N.G., Tulli, P., & Bacigalupi, M. (2006). Nuovi strumenti per la salute mentale. *Psichiatria di Comunità*, 5(3), 179-188.