

Intervento psicologico breve e nuove domande nel centro di salute mentale

di Roberto Vari*

Premessa

Nei servizi di salute mentale si attraversa una fase caratterizzata dalla difficoltà ad elaborare modelli e prassi operative in grado di offrire risposte adeguate ai nuovi problemi e all'evoluzione della stessa domanda.

Paniccia, Di Ninni, Cavalieri (2006) hanno evidenziato due culture storiche ispiratrici di modelli operativi dei CSM¹: 1) l'ideologia militante, prevalente nel primo periodo, caratterizzata da una cultura fondata sul valore in sé della deistituzionalizzazione e su atteggiamenti oblativi e sacrificali che non necessitano di verifiche; 2) la tecnicità nella quale prevale una relazione terapeutica sanitarizzata con un paziente debole che si affida ad un esperto forte del suo sapere tecnico.

Prassi che, connotate dalla scarsa attenzione agli aspetti organizzativi e alle risorse, sono apparse insufficienti a misurarsi con i cambiamenti in atto. L'autoreferenzialità delle scuole psicoterapeutiche e la tendenza ad autolegittimarsi nel proprio sapere tecnico, assieme alla rinuncia a misurarsi con verifiche del proprio operato, hanno contribuito a creare una situazione di stallo. La politica dell'aziendalizzazione dei servizi sanitari, seppure in modo confuso e contraddittorio, ha messo in luce l'inevitabilità del confronto con le economie e con le risorse. Negli operatori vi è sempre più consapevolezza dei limiti posti dalla scarsità delle risorse, della necessità di razionalizzare gli interventi e stabilire delle priorità (Scala, 2007). Ciononostante questa cognizione non sembra tradursi in prassi consequenziali. Le proposte indirizzate a risparmiare risorse restano all'interno di pattern clinico organizzativi ripetitivi e inclini a tecnicismi.

Pensiamo, a titolo di esempio, alla proliferazione delle psicoterapie di gruppo, quale setting che consente di vedere più pazienti² nella stessa unità di tempo. Esse vengono poste in atto senza preoccuparsi molto di capirne il senso, le finalità e l'efficacia, così come non viene sentita la necessità di verificarne il prodotto. Spesso questi gruppi diventano autoreferenziali, vanno avanti per anni con gli stessi pazienti, non costituendo più risparmio di risorse e l'obiettivo sembra divenire la loro stessa sopravvivenza. Anche l'esercizio della psicoterapia breve, intesa di frequente quale mera contrazione della durata temporale agita senza riflettere sui paradigmi clinico organizzativi implicati, non conduce ai risultati auspicati. L'efficacia di tali interventi, più che frutto di un progetto sottoposto a verifica, sembra essere legittimata in modo scontato dall'esistenza di modelli teorici di riferimento e di relative scuole di formazione. La psicoterapia di gruppo, come la psicoterapia breve, si connotano, in tale accezione, come pacchetti terapeutici preconfezionati da offrire ai pazienti in un "moderno" Centro di Salute Mentale. In quanto tali, si rivelano strumenti inefficaci a fronteggiare la scarsità delle risorse.

Questo lavoro, a partire da un'esperienza realizzata in un CSM di Roma, propone una riflessione inerente la cornice clinico organizzativa che, a nostro parere, rende possibile interventi psicologici brevi nei servizi di salute mentale. Verrà brevemente mostrato il clima presente nel Servizio prima della costituzione di un gruppo di lavoro sull'accoglienza e sugli interventi brevi; successivamente

* Psicologo clinico ASL Roma D – email: vari.r@tiscali.it

¹ Il CSM (Centro di Salute Mentale) è un servizio territoriale multidisciplinare al cui interno operano psicologi, psichiatri, infermieri, assistenti sociali. Ha finalità di prevenzione, cura e riabilitazione ed è aperto per dodici ore al giorno. Esso è parte di una rete di servizi quali Centro Diurno, Casa Famiglia, Comunità Terapeutica Residenziale, S.P.D.C (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura). Tutti insieme costituiscono il Dipartimento di Salute Mentale.

² Utilizziamo il termine "paziente" consapevoli che rimanda ad un modello medicalizzato della psicologia che non condividiamo. Abbiamo preferito mantenerlo, tuttavia, in quanto parte di un sistema comunicativo molto esteso nei servizi pubblici.

si accennerà agli obiettivi di questo gruppo di lavoro per soffermarsi poi più approfonditamente sugli interventi brevi descrivendone la cornice clinico operativa; infine verranno presentati due casi clinici.

Clima organizzativo del Centro di Salute Mentale

Le questioni esposte nel precedente paragrafo si evidenziano nella esperienza di un Centro di Salute Mentale che ci apprestiamo a presentare. Il clima del Servizio era contrassegnato da un elevato grado del cosiddetto "vissuto di saturazione". Esso appare, percorrendo a ritroso la storia dei CSM degli ultimi decenni, come un vissuto diffuso, largamente condiviso e spesso figurato come indicatore di "burn-out". L'operatore sente di non riuscire a dare risposte terapeutiche adeguate alle richieste pressanti dell'utenza da cui, sulla base del suo mandato istituzionale, non può sottrarsi.

Riefolo (2001) propone la saturazione come caratteristica inevitabile del setting nei servizi di salute mentale, connotandola oggettivamente come sproporzione tra domanda e offerta. A nostro avviso il senso di saturazione rappresenta, invece, uno stato mentale conseguente al diniego del contesto e dei suoi limiti e al fallimento del raccordo tra intervento terapeutico, contesto e risorse.

Un altro aspetto associato al senso di saturazione era la mancanza di tempo da dedicare alla riflessione. L'eccessivo carico di lavoro legittimava la difficoltà a pensare. Le riunioni cliniche erano spesso disattese con i pretesti più disparati, non ultimo la contemporaneità di un colloquio clinico durante le ore riservate alla riunione. Nella quotidianità del lavoro prevalevano agiti ripetitivi e non pensabili, se non attraverso sterili lamentele .

Il vissuto di saturazione esitava in fantasie persecutorie sia verso l'istituzione sanitaria che contraeva personale e, contemporaneamente, incrementava le richieste rivolte agli operatori, sia nei confronti dei nuovi pazienti, dai quali ci si poteva sentire invasi. Più di qualcuno pensava che si accogliessero domande improprie. Lo stesso tessuto sociale, percepito come privo della capacità di integrare il disagio, era additato come responsabile della crescita di domande che si riversavano massicciamente nel CSM mettendolo in difficoltà. Quest'ultimo, tuttavia, non si proponeva come polo dialettico e come interlocutore del territorio ma rimaneva arroccato in una dimensione ambulatoriale. In altre occasioni il vissuto persecutorio si manifestava al proprio interno, con potenziali conflittualità tra categorie professionali e tra gruppi di operatori intorno alla distribuzione del carico di lavoro.

Nel frattempo, sull'onda di nuove normative contrattuali, il Servizio si articolava in aree e settori che corrispondevano a incarichi di coordinamento. Il processo di responsabilizzazione attraverso gli incarichi che, in presenza di un progetto unificante e integrativo, poteva rappresentare un'opportunità, è stato declinato, al contrario, in una moltiplicazione di compartimenti stagni autoreferenziali che hanno prodotto un ulteriore sfilacciamento del Servizio ed una esasperazione delle componenti individualistiche e narcisistiche. Nel frattempo la dispersione di energie e il senso di saturazione crescevano.

Abbiamo esposto solo alcuni aspetti che attraversavano la cultura del Servizio tralasciandone altri pur importanti, con il rischio di perdere la complessità e di essere riduttivi. Volevamo solo dare una idea del clima organizzativo e segnalare la presenza di una marcata difficoltà a funzionare per obiettivi e verifiche. Siamo al cospetto di collusioni ripetitive che meriterebbero un approfondimento che non è obiettivo di questo lavoro. Una recente ricerca sui CSM italiani (Carli, Paniccia, Di Ninni, Scala, Pagano, Giovagnoli, et al., 2008), ha fotografato ampiamente le problematiche descritte.

Costituzione gruppo di lavoro "Accoglienza e Interventi Brevi"

La relazione terapeutica, come già riferito, si costituiva per lo più in assenza della dimensione progettuale e organizzativa. Il progetto sembrava essere identificato con le tecniche messe in atto: il trattamento farmacologico, la psicoterapia individuale, di gruppo, familiare etc. La verifica degli

interventi, in tale logica, veniva sistematicamente accantonata. I rapporti terapeutici andavano avanti a lungo, con la tendenza a cronicizzarsi e ritualizzarsi ed entrambi i componenti della coppia terapeutica sembravano perdere il senso della loro relazione. Il 30%-40% dei pazienti abbandonava durante il primo anno. La cronicizzazione della relazione terapeutica finiva per incrementare il senso di saturazione, in una sorta di circolo vizioso. Da questi presupposti è nata l'idea di costituire un gruppo che si occupasse dei nuovi pazienti ripensando in modo critico la fase istituyente della relazione terapeutica.

Nei servizi di salute mentale l'accoglienza è stata oggetto di attenzione e di interrogativi fin da tempi lontani. La discussione sull'argomento è proseguita in modo parallelo al cambiamento della tipologia delle richieste. Queste ultime esprimevano sempre più problemi relazionali che patologie, in servizi ancora definiti come psichiatrici e impreparati a rinunciare all'identificazione tra servizio psichiatrico e luogo di cura delle psicopatologie. Si pensi che nel dibattito sull'accoglienza alcuni dubitavano che i servizi di salute mentale dovessero occuparsi di problemi "non clinici", intendendo evidentemente con clinici i sintomi della nosografia psichiatrica. Le nuove domande, nel loro costituirsi come novità e cambiamento, mettevano in discussione questo modello culturale e potevano essere percepite come perturbanti. In conseguenza di ciò, e in un'accezione conservatrice, l'accoglienza veniva spesso immaginata come una sorta di filtro protettivo da interporre tra utenza e Servizio, con la funzione di rimettere ordine laddove poteva regnare il disordine. Non sarebbe possibile all'interno di questo spazio soffermarsi su tutte le pieghe assunte dal dibattito intorno all'argomento. Esso si è spesso esaurito nella moltiplicazione e nella sperimentazione di assetti pratico-organizzativi dell'accoglienza, senza interrogarsi sugli impliciti modelli clinici.

Di seguito elenchiamo le linee di pensiero che hanno ispirato la costituzione del gruppo di lavoro clinico operativo sull'accoglienza e interventi brevi:

- Istituire nel Servizio uno spazio ove fosse possibile riflettere sul momento costitutivo della relazione terapeutica, nel rispetto di formazioni e prassi diverse.
- Coniugare l'indagine approfondita dei problemi evidenziati dal paziente con l'analisi del significato della sua domanda relazionale, specchio delle sue problematiche (Carli & Paniccia, 2003, 2005). L'obiettivo primario era quello di evitare agiti, automatismi e corto circuiti che generano fallimenti e sprechi di risorse. Importanza centrale assume l'interdipendenza tra domanda e crisi del contesto relazionale attuale, a sua volta spesso correlato a problemi ricorrenti del ciclo vitale³. Obiettivo finale della fase di accoglienza era la costruzione, assieme ai pazienti, di una nuova prospettiva di lettura della crisi che ha originato la domanda. Ipotesi di lettura che avrà valenza propedeutica e organizzatrice rispetto a un possibile progetto terapeutico successivo.

La dimensione progettuale organizzativa viene così recuperata e costruita insieme al paziente invece di essere originata dalla tecnica in modo scontato. In tal modo si pongono le premesse per una possibile verifica degli interventi.

- Rappresentare la fase istituyente della relazione terapeutica come incontro tra i problemi del paziente, la competenza dell'operatore e le risorse contingenti del Servizio, che costituiscono elementi dinamici propri di un contesto operativo in continuo cambiamento. Si prendono attentamente in considerazione i limiti e le risorse di tale contesto. I limiti non sono più vissuti come una interferenza persecutoria rispetto a interventi terapeutici idealizzati, ma vengono analizzati nella relazione con l'obiettivo di trasformarli in attivatori di risorse, quindi in fattore terapeutico.
- Sviluppare e sperimentare percorsi terapeutici brevi per le nuove domande. Tale punto caratterizza il tema centrale di questo lavoro. Non si fa riferimento a una semplice riduzione del tempo di intervento, ma a una rivisitazione della cultura che informa l'approccio alla salute mentale così come si è venuto configurando nei servizi. Effettuare interventi brevi per noi significa partire

³ Erikson (1968) ha proposto il concetto di ciclo vitale ponendo l'accento sulle fasi epigenetiche dello sviluppo. Noi utilizziamo tale termine per indicare momenti specifici e ricorrenti della vita di un essere umano strettamente correlati a contesti ambientali e relazionali variabili che assumono una funzione determinante nel dare senso ai problemi dell'individuo.

dal presupposto che le risorse sono e saranno sempre limitate; la fantasia di prendere in affidamento il paziente per perseguire, spesso illusoriamente, trasformazioni in profondità o per ottenere l'eliminazione della sintomatologia, va radicalmente rimessa in discussione.

Il lavoro di questo gruppo è stato tutt'altro che facile. Mantenere vivo l'interesse per la riunione clinica, luogo di confronto necessario a permettere un reciproco arricchimento, è stato il problema più rilevante. Un altro significativo ostacolo si è manifestato nella tendenza a esaurire la discussione dei casi clinici nella mera espressione di ciò che veniva in mente ai singoli operatori, indice della difficoltà a dare una forma organizzata alle riflessioni che emergevano. L'assenza di una metodologia, d'altra parte, ostacolava la possibilità di approfondire gli argomenti e di svilupparli. Questi aspetti ci sembrano indicativi di come sia complesso attivare e mantenere vive tra gli operatori dei servizi di salute mentale le dimensioni organizzative e progettuali orientate alla verifica, in modo speculare a quanto accade nella relazione tra il Servizio e il paziente. L'assenza della progettualità della riunione clinica rispecchia la carente dimensione organizzativa nella relazione col paziente.

L'esperienza di questo gruppo di lavoro, per varie ragioni che non possiamo qui analizzare, non è riuscita a compenetrarsi con la parte restante del Servizio, dal momento che la difficoltà di comunicazione interna, tipica dei CSM italiani, ha finito per prevalere.

Interventi psicoterapeutici brevi

Nei dipartimenti di salute mentale sono stati spesso immaginati interventi brevi per far fronte alla cosiddetta area dei "disturbi emotivi comuni" (Goldberg & Huxley, 1992), che rappresenta una quota rilevante, tra 70% e 80%, delle richieste ai CSM. La definizione, nata per evidenziare domande riconducibili a sintomatologie frequenti quali ansia e depressione, appartiene a tutti gli effetti alla classificazione psichiatrica. In realtà le domande incluse in questa tipologia meriterebbero un'analisi più complessa. Pensiamo, in linea con la tesi di questo lavoro, che sia più interessante individuarle come problematiche inerenti contesti relazionali, piuttosto che come sintomatologie. Queste domande creano nei servizi una rapida saturazione provocando una crisi dell'assetto clinico organizzativo. Gli operatori possono fare la fantasia che, per mandato, non sia consentito porre alcun limite all'utenza. Quest'ultima, di conseguenza, può essere percepita come potenzialmente invadente. I modelli di intervento fondati sulle tecniche psicoterapiche e farmacologiche tradizionali risultano inadeguati se commisurati alla quantità delle richieste. Tra le iniziative comunemente avviate per fronteggiare la crescente pressione esercitata da queste domande si è già fatto cenno al ricorso alla psicoterapia di gruppo e alla psicoterapia breve. Collaborare con i medici di base (ma solo per delegare loro alcune gestioni farmacologiche), fare una selezione delle domande cui dare priorità (attraverso criteri non ben definiti), nonché formare lunghe liste di attesa rappresentano altre modalità di scarsa efficacia messe in atto per affrontare il problema. È interessante notare che, nella maggior parte dei casi, esse consistono nell'attivazione di metodiche che si traducono in agiti finalizzati a ridurre illusoriamente l'impatto critico delle nuove domande, per nulla orientati a ripensare la cultura clinico metodologica intorno a cui il Servizio si organizza.

Quando nei CSM la psicoterapia breve viene tradotta in prassi clinica si incontrano svariate difficoltà che ne rendono improbabile la realizzazione. Ne citiamo alcune, così come sono state rappresentate e riferite nel corso dell'esperienza dai vari operatori del Servizio cui apparteniamo: il paziente, alla fine dei colloqui concordati, sembrava "avere ancora bisogno" della psicoterapia, oppure esprimeva il vissuto di sentirsi abbandonato e lasciato con i suoi problemi; le difficoltà che sembravano inizialmente "lievi" si rivelavano in realtà più "profonde", per cui sarebbe stato opportuno un lavoro più duraturo; l'intervento breve non si poteva realizzare perché i problemi erano "strutturali" e troppo "gravi", oppure erano ancorati ad una storia della persona talmente difficile sin dall'infanzia da rendere inutile un intervento di pochi colloqui. L'uso di termini quali "profondo", "strutturale", "grave", "lieve" etc. ci sembra indicativo di un repertorio linguistico medicalizzato, teso a rilevare esclusivamente tratti intrapsichici. Tutti i vissuti appena riportati si traducono, fatti salvi sporadici casi, in potenti ostacoli alla praticabilità estesa dell'intervento breve.

Quando si parla di psicoterapia breve, si fa riferimento a modelli teorizzati da vari autori di provenienza psicoanalitica che, a nostro avviso, sono di scarsa applicabilità, in quanto legano l'efficacia dell'intervento a determinate caratteristiche che il soggetto deve necessariamente possedere. In altri termini si tratta di teorie incentrate sull'adeguatezza del paziente a meri criteri di indicazione, che non si pongono il problema di costruire un modello di intervento corrispondente alle domande e al contesto del Servizio. Gabbard (1990) sintetizza il pensiero dei principali autori di opere sulla psicoterapia breve dinamica riassumendone così i criteri di indicazione. Tra i più importanti criteri di selezione vi sono: 1) la capacità di insight, ovvero una mentalità psicologica; 2) alti livelli di funzionamento dell'io; 3) una forte motivazione a comprendere se stessi, che vada al di là del semplice sollievo sintomatico; 4) la capacità di instaurare relazioni profonde (soprattutto un'iniziale alleanza con lo psicoterapeuta); 5) la capacità di tollerare l'ansia. Un ulteriore punto, che non è applicabile nel caso della psicoterapia di durata indeterminata, è centrale nella selezione dei pazienti per una psicoterapia breve, e cioè la tematica del focus (trad. it. p. 85).

Risulta così delineato un paziente ideale molto lontano dai soggetti che si rivolgono ai CSM. Pensiamo all'indicatore "forte motivazione", inteso quale statica caratteristica attribuita a priori al paziente, a prescindere dal rapporto col suo contesto e dalla modalità relazionale che anche il Servizio contribuirà a costruire. Pensiamo a quelle situazioni in cui si presentano ragazzi poco motivati perché venuti su pressione dei genitori, o a quei mariti che arrivano sotto la minaccia di separazione della moglie. In questi casi la scarsa motivazione può assumere un senso ed essere trasformata in risorsa, solo se analizzata nel contesto delle dinamiche relazionali genitori/figlio/Servizio o moglie/marito/Servizio; viceversa, laddove considerata come tratto deficitario del paziente, la scarsa motivazione viene rafforzata.

In conclusione, la crisi prodotta nei servizi dalla crescita delle domande relative ai disturbi emotivi comuni fa emergere il problema delle risorse insufficienti e resta priva di una risposta appropriata, lasciando intatto il disagio diffuso tra gli operatori. Le iniziative sperimentate di fatto mantengono inalterati alcuni paradigmi teorico-clinici determinandone, a nostro avviso, il fallimento.

Analizzando più in profondità le difficoltà appena descritte unitamente ad alcuni elementi comuni della letteratura sulla psicoterapia breve, crediamo possano essere ravvisate delle ricorrenze strettamente correlate: 1) il modello clinico sottostante si fonda su una psicologia di tipo individualistico e intrapsichico; 2) si utilizzano paradigmi lineari e costruiti su assi dicotomici quali patologia/sanità, regressione/crescita, immaturità/maturità; 3) l'obiettivo implicito dell'intervento è la cura o il perseguimento di cambiamenti legati a contenuti prestabiliti; 4) i limiti sono vissuti come ostacoli al trattamento o psicoterapia ideale, pertanto dovrebbero essere eliminati.

Vediamo le conseguenze derivanti da ogni punto sulla prassi clinica dell'intervento breve:

1) Riguardo all'orientamento individualistico/intrapsichico: Carli e Paniccchia (2003, 2010). affermano che tale approccio indugia prevalentemente sulla perdita dell'equilibrio all'interno dell'individuo e induce a cercare nella storia del soggetto i problemi ricorrenti, così da individuare le caratteristiche di personalità stabili che si riproducono nella sua vita. Ai fini della costruzione di un significato e della formulazione di un'ipotesi, il contesto di vita attuale del soggetto non assume molta rilevanza, in quanto considerato alla stregua di pretesto e fattore scatenante che fa emergere conflitti latenti o che dà luogo alla ripetizione delle modalità relazionali ricorrenti dell'individuo. Consideriamo quanto afferma Sifneos (1978) nel suo libro sulla psicoterapia breve: il fattore scatenante di solito è un evento ambientale che produce un cambiamento doloroso nei sentimenti dell'individuo. Di norma risulta evidente che nel recente passato il fattore scatenante ha agito in modo da portare alla luce un'angoscia latente: può avviare una crisi emotiva, essere il segnale di un episodio psicotico incipiente, o essere l'ultimo colpo che sfocia in un tentato suicidio (trad. it. p. 50). Il problema viene decontestualizzato e il presente è lo spazio dove si reiterano i tratti di personalità. Riteniamo improbabile la realizzazione di un intervento breve laddove la situazione che si verifica nel contesto attuale di vita del paziente viene concepita solo come fattore scatenante. Pensiamo che un intervento di pochi colloqui possa essere concepito solo ponendo l'accento sulla dinamica situazionale in corso nel contesto attuale; tale dinamica rappresenta lo spazio emozionale che dà significato e unicità a quel momento della vita del soggetto, del suo ciclo vitale.

2) Le caratteristiche ricorrenti della personalità, corollario dell'approccio intrapsichico, vengono definite all'interno di range disposti lungo assi dicotomici quali patologia/sanità, immaturità/maturità. Il sistema diagnostico è incentrato sull'individuazione dei tratti ricorrenti e stabili del soggetto inseriti lungo tali dimensioni. Alcuni autori, come Kenberg (1984), con la diagnosi strutturale e Gabbard (1990), che ha riformulato in chiave psicodinamica il DSM-III-R, ne hanno rappresentato i rispettivi punti di riferimento. Più recentemente sono stati elaborati altri e sempre più sofisticati sistemi diagnostici su base psicodinamica, tesi a individuare con precisione chirurgica una molteplicità di aspetti della personalità, a loro volta graduati su criteri di maggiore o minore patologia. Tali tratti di personalità risultano talmente polverizzati che si finisce per smarrirne il senso (Arbeitsgruppe OPD, 2001; PDM Task Force, 2006). Autori importanti sul tema della psicoterapia breve hanno proposto criteri di selezione basati non solo su caratteristiche della personalità, ma anche sul tipo di psicopatologia (Malan, 1979, trad. it. p. 264; Davanloo, 1980, trad. it. p. 63). L'analisi proposta da questi autori, fondata su gradazioni della gravità della patologia o sulla valutazione di livelli più o meno regressivi di funzionamento, porta a ritenere l'intervento breve una prassi applicabile a pochi casi, in quanto sarebbe impensabile l'obiettivo di "ridurre" certe patologie in qualche colloquio, così come sarebbe improbabile condurre il soggetto ad un livello di sanità/maturità coerentemente accettabile per tale approccio.

3) L'obiettivo perseguito dall'intervento, in coerenza con lo schema dei punti 1 e 2, è la cura intesa, in senso ortopedico, come processo di correzione di parti patologiche/immaturo di funzionamento (Carli, 1987). In un modello più strettamente psichiatrico-nosografico tale obiettivo può essere la scomparsa o la riduzione di sintomi; in un modello più elaborato e psicologico può essere la scomparsa o riduzione di schemi relazionali intesi, a volte implicitamente, come patologici o come primitivi (Carli, 2003). Nel suo lavoro teso ad accorciare la durata della psicoterapia di matrice psicoanalitica, Alexander (1946) parla espressamente di analisi emotiva correttiva. In tale schema gli obiettivi potenziali di un intervento clinico si categorizzano in una logica riduttiva che si avvicina al tutto o niente, ad un sistema di tipo lineare dove, partendo da uno stato x, ci si propone di arrivare ad uno stato y, laddove l'esito finale si misura sullo scarto da quest'ultimo. Le modalità ripetitive e stabili all'interno dell'organizzazione intrapsichica devono essere modificate per far posto a modalità alternative più "mature". Come già evidenziato nei precedenti punti, posto il problema in questi termini, risulta difficile concepire come un breve intervento possa perseguire siffatto obiettivo.

4) L'ignoramento del contesto determina la negazione dei limiti che lo stesso contesto pone. La scarsità delle risorse, tipica di servizi quali il CSM, è vissuta come un ostacolo al perseguimento di obiettivi terapeutici già stabiliti a priori in base alla tecnica utilizzata. Si struttura così una relazione terapeutica che non rende conto a nessuno. Il rapporto col paziente è immaginato come una monade che non necessita di relazionarsi al contesto dentro il quale è situata. Se non sono date le condizioni per organizzare una psicoterapia della durata di uno o due anni, o meglio, per il tempo di cui c'è bisogno, la responsabilità è dell'Istituzione, che non permette di esercitare la competenza professionale in modo appropriato. Ci si può domandare cos'è "il tempo di cui c'è bisogno". E' qualcosa di cui ha bisogno il terapeuta? O di cui ha bisogno il paziente? E' un bisogno stabilito aprioristicamente dalla tecnica utilizzata? E' un vissuto nel quale il concetto di "bisogno" rappresenta qualcosa senza tempo, senza storia e senza contesto, qualcosa di autoreferenziale e senza limiti? La coppia terapeutica si costituisce allora attorno ad una fantasia collusiva strutturata sul disconoscimento della terzietà, del limite - in fondo della realtà - in una dimensione narcisistica e autoreferenziale. L'intervento breve, date queste premesse, viene vissuto come un intervento svalutato e di ripiego.

Pensiamo che la letteratura sulla psicoterapia dinamica breve abbia prodotto un grande lavoro di affinamento della tecnica, ma tutto dentro i paradigmi appena descritti. Gilliéron (1997) ha proposto, in un interessante lavoro, un'ipotesi di psicoterapia breve a quattro colloqui nella quale viene dato rilievo alla dinamica della domanda, alle modalità di istituzione della relazione terapeutica e al contesto. Tuttavia il suo lavoro rimane interno, contraddittoriamente a nostro avviso, al paradigma della dualità sanità/patologia. Un gruppo di psicoanalisti inglesi, legato alla

Tavistock Clinic, porta avanti da anni esperienze di consultazione breve con giovani. Salzberger-Wittenberg (1977) sottolinea che l'obiettivo è la crescita emotiva, ma solo come conseguenza indiretta della possibilità di dare significato alle emozioni del paziente. L'attenzione, coerentemente al modello ispirato al pensiero di Melania Klein, è posta sul riconoscimento delle pulsioni distruttive e avidi infantili. Il contesto nel quale nasce il problema attuale, per questa autrice, resta un fattore scatenante che riattiva pulsioni e tratti legati all'infanzia.

Cercheremo, a questo punto, di esplicitare il senso che nella nostra ipotesi viene ad assumere un intervento fatto di pochi colloqui clinici. Innanzitutto, affinché esso possa avere un valore, è necessaria l'adozione di un modello teorico clinico che contenga obiettivi collocabili lungo diversi gradienti di un range. Gli obiettivi di un intervento breve non possono essere gli stessi di un intervento più duraturo. Abbiamo detto che, se si parte da x e l'arrivo è y l'indicatore dell'obiettivo è costruito in negativo quale scarto da y . Quest'ultimo viene considerato alla stregua di un punto di riferimento predefinito e idealizzato. In questo caso diventa probabile, per il paziente come per il terapeuta, percepire l'esito di un intervento breve come scarto eccessivo da y , nella logica che la brevità dell'intervento non consente di avvicinarsi più di tanto a y . A questo punto l'intervento psicologico breve assume una connotazione svalutata, se rapportato ad un intervento psicoterapeutico più lungo, e viene percepito come intervento di ripiego, posto in essere perché costretti dalla mancanza di sufficienti risorse. Tanto più si rimane lontani dall'obiettivo prestabilito tanto più l'intervento è percepito come inadeguato.

Le potenzialità di un intervento terapeutico breve appaiono diverse se pensiamo a obiettivi processuali invece che contenutistici. I primi richiamano anche etimologicamente l'idea di un continuum, mentre i secondi rimandano a cesure tipo malattia/salute o regressione/crescita. Porsi finalità processuali (ad esempio lo sviluppo di competenze atte a pensare e integrare il senso delle proprie emozioni) implica la possibilità di pensare l'obiettivo in una dimensione di arricchimento continuativo, come un'espansione del campo, ove siano possibili trasformazioni non scontate e non prevedibili. In questa ottica, un intervento breve può determinare, benché entro dei limiti, uno sviluppo significativo, nella misura in cui esso sollecita comunque nuove risorse e contribuisce ad arricchire il campo dell'azione clinica lungo un continuum.

Francesco, un uomo di 37 anni, viene al primo colloquio insieme alla madre anziana con cui vive. Recentemente è fuggito da casa senza avvertire la madre, rendendosi irreperibile. Ha vagato, avendo pochissimo denaro e nutrendosi poco, con l'automobile nella quale ha dormito per alcuni giorni. Successivamente è stato rintracciato ed è tornato. La fuga è avvenuta in concomitanza con una difficoltà nella gestione della sua economia personale. E' socio in una piccola società che si occupa di pulizie nella quale ha sempre ricoperto un ruolo passivo, affidando la gestione al suo collega e disinteressandosi del resto. Recentemente aveva donato alla società una piccola somma di denaro a fondo perduto per salvarla dal fallimento, ma questa aveva continuato a perdere. La madre, con cui vive, era sempre stata contraria a tale lavoro perché sentiva che il figlio veniva sfruttato e aggirato dal socio. Ad un certo punto Francesco scompare senza lasciare traccia di sé. Siamo di fronte ad una relazione tra madre e figlio, non a caso si presentano insieme al CSM, nella quale Francesco sembra assumere l'atteggiamento di colui che necessita di protezione e vigilanza. Nel colloquio egli si propone proprio in tal modo. Evitando di entrare nei dettagli, possiamo ipotizzare che la fuga rappresenti una modalità, seppure confusa, di sottrarsi alle pressioni opposte della madre e del socio e sperimentare un suo spazio autonomo; tuttavia la fuga esprime anche la difficoltà ad organizzare una propria realistica risposta ai problemi economici e relazionali presenti. In questo caso un obiettivo contenutistico e predefinito potrebbe essere quello di raggiungere una differenziazione dalla madre come dal socio e una maggiore indipendenza psicologica. Dovremmo chiederci cosa significhi questo traguardo per Francesco, stabilire indicatori che delineino un percorso di separazione-individuazione auspicabile. Questi ultimi rappresenterebbero il punto di riferimento ideale in base al quale valutare il nostro intervento. Il risultato finale sarebbe stimato come scostamento da tale parametro ideale. In base a questo ragionamento, qualora alla fine non si fosse raggiunto un livello di individuazione ritenuto significativo, l'intervento psicologico breve potrebbe essere considerato un fallimento. E' tuttavia evidente che nel caso di Francesco l'obiettivo dell'acquisizione di una significativa capacità di autonomia (intesa come caratteristica stabile di un assetto intrapsichico) non è conseguibile attraverso pochi colloqui psicologici. D'altra parte pensare di conquistare un po' di autonomia in più rispetto a prima, seppure fosse possibile, rappresenterebbe un traguardo poco significativo. Viceversa, cambiando vertice, si potrebbe perseguire l'obiettivo di arricchire il campo delle prospettive attraverso le quali Francesco può rappresentare la sua vicenda, nell'idea che ciò attivi risorse ed espanda competenze che favoriscano nuove modalità di affrontare i problemi; in questo caso pochi colloqui potrebbero aprire sviluppi potenzialmente rilevanti e non scontati.

Il modello teorico clinico che utilizziamo si fonda sull'ipotesi che la domanda sia espressione di una crisi dell'equilibrio tra il soggetto che ne è portatore e il suo contesto relazionale.

La domanda costruisce un nuovo contesto, quello della relazione terapeutica, nel quale vengono messe in scena le fantasie associate alla crisi. La nostra attenzione non è più indirizzata ad un insieme di sintomi, tanto meno a reificate e statiche caratteristiche di personalità⁴ da inserire dentro raffinate classificazioni nosografiche, per le quali si prevede un trattamento attraverso una tecnica preconfezionata, sia pure di psicoterapia breve. Al contrario si individuano le vicende relazionali nel contesto di vita del paziente: quel particolare contesto, in quel momento peculiare del suo ciclo vitale. Pensati in tale prospettiva, i soggetti non finiranno più per presentarci patologie, funzionamenti regressivi o relazioni disfunzionali, bensì aspetti inerenti alla loro vita relazionale che pongono problemi e interrogativi. In un intervento di pochi colloqui la focalizzazione sul contesto relazionale e sull'attualità è determinante perché consente di individuare ciò che ha originato la domanda e, al contempo, le modalità con le quali il paziente cerca di far fronte alla crisi. L'obiettivo di questa fase iniziale è la costruzione insieme al paziente di un'ipotesi sulla natura dei problemi presenti nel contesto relazionale. In tal modo il soggetto ha la possibilità di osservare le sue difficoltà secondo prospettive radicalmente nuove.

Si potrebbe obiettare che inquadrare in una nuova angolatura i problemi che hanno innescato la domanda rappresenti per il paziente unicamente una messa a fuoco, un punto di partenza per un lavoro terapeutico che richiede processi ulteriori, piuttosto che costituire l'obiettivo di un intervento breve. In un certo senso condividiamo questa obiezione. Nessun progetto terapeutico può essere avviato senza cogliere il senso della domanda, ma allo stesso tempo crediamo riduttivo pensarlo solo come punto di partenza. In diverse occasioni, nell'ampia e variegata area dei soggetti con disturbi emotivi comuni, riconoscersi in una costruzione che connette domanda e contesto di vita attuale suscita un vero e proprio effetto sorpresa che attiva rapidamente nuove risorse; le implicazioni originate da tali sviluppi possono costituire il tema dei pochi incontri successivi.

In più di qualche caso tali evoluzioni si verificano anche in contesti apparentemente più complessi, con problemi e situazioni che sembrano più invalidanti. Altre volte i pazienti tendono a riproporre, nel corso dei colloqui successivi, le modalità originarie di porre la domanda; tuttavia, analizzando altre sfaccettature, altrettanto frequentemente si aprono nuove possibilità di sviluppo.

Riteniamo che cogliere assieme al paziente le implicazioni della domanda, le fantasie collusive che l'hanno originata, il contesto di vita attuale, possa essere ritenuto a tutti gli effetti obiettivo rilevante di un intervento breve. In ogni specifica situazione si attivano risorse e sviluppi di grado diverso. Alcune volte sembra proprio di non poter individuare cambiamenti significativi; dobbiamo tuttavia considerare che, anche quando non paiono prodursi competenze nuove, il paziente potrebbe recuperare, in un momento successivo della sua vita, il senso dell'incontro col terapeuta, e rievocare dentro di sé le ipotesi di lettura dei suoi problemi, come erano emerse nei colloqui clinici. Il concetto clinico di resistenza, intesa come forza che si oppone al cambiamento, implica il fatto che un paziente e il suo contesto non possano accettare nelle fasi iniziali, in quanto eccessivamente angosciante, una ridefinizione che introduce nuove prospettive di lettura dei suoi vissuti emozionali; l'ipotesi clinica legata al concetto di resistenza ci è apparsa spesso messa alla prova dall'esperienza. Grasso e Cordella (1993) citano gli studi di Weiss che ipotizza un piano inconscio del paziente per testare la risposta del terapeuta e osserva una riduzione dell'ansia nel momento in cui si acquisisce consapevolezza di un vissuto emotivo legato ad uno schema relazionale. La stessa nozione di resistenza, pur avendo una storia che risale agli albori della teoria psicoanalitica (Freud, 1895), appare piuttosto problematica in quanto evocativa di una modalità relazionale che, al pari dei concetti di compliance o di collaboratività, si associa al controllo dell'altro.

⁴ Non si vuole negare l'esistenza di aspetti ricorrenti della personalità che il soggetto può tendere a riproporre più frequentemente. Crediamo che il problema sussista nella misura in cui l'attenzione clinica è orientata prevalentemente da tali aspetti ignorando la complessità dei contesti e rappresentandoli solo come spazi nei quali si dispiegano i tratti di personalità dell'individuo. Al contrario riteniamo il contesto elemento determinante nella costruzione del significato di un dato problema.

Nel complesso gli sviluppi a cui abbiamo assistito sono parsi sorprendenti anche a noi. Le attese erano di gran lunga inferiori rispetto agli sviluppi. La nostra formazione, quella psicoanalitica in particolare, non ci consentiva di prevedere le trasformazioni con le quali ci siamo confrontati. Si potrebbe obiettare che siamo di fronte a cambiamenti momentanei e fragili o alle cosiddette "fughe nella guarigione".

Marina, una donna di 50 anni, è stata inviata dal suo medico di base perché depressa. Lavorava come impiegata amministrativa in una società e i cambiamenti organizzativi nel luogo di lavoro le avevano suscitato uno stato di malessere. In seguito a riduzione del personale, le richieste del suo responsabile erano diventate troppo onerose e lei, pur di mantenere l'immagine di persona efficiente e disponibile, non riusciva ad opporsi. Inoltre si sentiva insoddisfatta verso il figlio di 20 anni che, iscritto all'università, non si impegnava. In realtà era molto protettiva nei suoi confronti e si occupava di molte faccende che lo riguardavano e che lui le delegava. Recentemente aveva notato un cambiamento nel figlio. Era diventato un po' più scostante e si era un po' allontanato da lei.

L'atteggiamento del figlio l'aveva amaramente delusa. Le aspettative di Marina, non si conciliavano con la comparsa del desiderio del figlio di sperimentare in misura più ampia spazi suoi. Una parte di lei viveva il naturale desiderio del figlio come una ferita e un rifiuto e la conseguente intensa amarezza le impediva di esplorare altri interessi oltre quello materno. Allo stesso tempo nel lavoro sembrava occuparsi di tutto, come col figlio, ma non riusciva più ad assolvere le richieste pressanti che le arrivavano e da lei stessa incentivate. Nel rapporto col figlio come con il suo responsabile nel lavoro, si sentiva servizievole e sembrava non esserci spazio per i suoi bisogni e desideri. Allo stesso tempo chiedeva al figlio di reciprocare il suo ruolo sacrificale. Percepire, da parte di quest'ultimo, desideri di indipendenza era equiparato ad un tradimento. Dopo un confronto serrato su tali tematiche, in particolare sulla confusione tra desiderio di indipendenza del figlio e sentimento di essere rifiutata così come sui modelli culturali della relazione madre-figlio, la signora si è sentita meglio e ha iniziato a perseguire altri interessi. La relazione col figlio e i problemi al lavoro sono stati affrontati con modalità nuove che le lasciavano un senso di soddisfazione. L'angoscia e l'umore depresso avevano rapidamente lasciato il posto a nuove prospettive di vedere la sua vita e il suo futuro.

Al terzo incontro affermava che le sembrava strano sentirsi bene dopo appena pochi colloqui, dato che tutti parlano della psicoterapia come di un'esperienza che dura tanto tempo e i cui risultati non si avvertono a breve termine. Si chiede se il suo benessere non sia effimero, se non sia un'illusione, teme che possa tornare la depressione. Analizziamo insieme e notiamo che più che un dubbio sull'autenticità dei suoi vissuti si tratta di un dubbio che potremmo definire culturale.

Questo sketch descrive la sorpresa di Marina, rilevata talvolta anche in altri casi clinici, di fronte ad una riorganizzazione mentale conseguente a nuove modalità di percezione dei propri problemi. La sua esperienza contrasta con la cultura condivisa, che vuole la psicoterapia durare a lungo, con il convincimento diffuso che i cambiamenti significativi si sviluppino solo dopo un lungo periodo di tempo e attraversando molte resistenze del paziente. Il disorientamento di Marina consente di comprendere, per altri versi, come paziente e terapeuta possono condividere e agire una cultura collusiva fondata su modelli scontati che di fatto impediscono attivazioni di risorse e competenze sin dall'inizio. Evitando banalizzazioni di un problema complesso, vogliamo evidenziare che attraverso il percorso teorico clinico delineato è possibile attivare risorse e sviluppo fin dal primo colloquio per cui, per quanto ciò possa sembrare estremo, anche un solo colloquio può costituire potenzialmente un valore per il paziente, seppure entro limiti ben definiti⁵.

L'intervento psicologico breve potrebbe essere inserito nella cornice più ampia del counselling o essere paragonato ad una tecnica di problem solving. Quest'ultima, più coerente al modello cognitivistico, sembra perseguire obiettivi predefiniti e auspicare un cambiamento che aderisce alla domanda più che analizzarla. Biggio, sulla base di una ricognizione della letteratura esistente, riassume l'utilizzo del concetto di counselling in questi termini: il counselling più che una disciplina appare come una prassi operativa; la letteratura è spesso caratterizzata da un forte impegno nel raccontare cosa si deve fare più che nel fornire riferimenti alla teoria della tecnica. Per quanto riguarda i confini tra questa pratica e la psicoterapia ricorre spesso l'affermazione che la linea di demarcazione è "molto sottile". (2005, p. 8). Spesso si è parlato di psicoterapia che si occupa di persone con psicopatologia e di counselling che affronta problemi "normali"; pensiamo,

⁵ Tali considerazioni non vanno scambiate con la proposta di psicoterapia a seduta singola di Talmon (1990) che, pur rilevando l'elevato drop out dei pazienti nei primi incontri e partendo dal presupposto di fare di necessità virtù, appare sul piano teorico clinico molto confusa.

coerentemente alle riflessioni proposte, che tale distinzione sia priva di senso poiché l'oggetto di lavoro è sempre costituito da problemi relazionali.

La proposta che abbiamo tratteggiato non è rappresentabile come un pacchetto di un certo numero di colloqui intesi quale tecnica di intervento breve. Definire un numero di colloqui è importante, ma rappresenta un elemento variabile. E' imprescindibile la relazione tra risorse del paziente, del suo contesto e risorse del Servizio. Solo all'interno di questa relazione si può preventivare il numero di colloqui e l'intervento appropriato. Di solito la durata della psicoterapia è messa in subordine alle caratteristiche di una situazione clinica. Riteniamo si possa capovolgere la questione e domandarsi quale sarebbe, in quella stessa situazione, l'impostazione clinicamente opportuna, nel caso in cui per giustificati motivi non si potessero utilizzare che pochi colloqui. Questa domanda cambia radicalmente il vertice di osservazione del problema e permette di afferrare l'indissolubilità tra risorse del CSM e problemi posti dalla domanda. L'asse dell'intervento si sposta dall'ideale (associato alla tecnica autoreferenziale messa in atto a prescindere dal contesto) al possibile, entro una cornice contestuale che ne definisce le risorse e il senso.

L'ancoraggio all'intervento ideale comporta la negazione dei limiti vissuti in termini di impotenza e persecutorietà. I limiti reali e contestuali vengono percepiti come interferenze che impediscono l'espletamento dell'intervento ideale. Lamentarsi sterilmente dell'insufficienza del personale è un esempio tipico di una visione persecutoria e rivendicativa, che non vuol porsi il problema di pensare ad una riorganizzazione degli interventi calibrandola al personale esistente. Si sostiene, implicitamente, che avere personale più numeroso sia un diritto, a prescindere dal contesto sociale. Si pensi al tentativo di oggettivare il "burn-out" degli operatori dei servizi di salute mentale (Stampa, 2010). Sulla base di questa logica verrebbe ipotizzata una relazione causa-effetto tra privazioni subite da un'istituzione che non elargisce ciò che è dovuto e burn-out⁶.

In un altro versante ci sono pazienti che rivendicano il loro diritto ad essere "curati o aiutati", e avvertono la proposta di un intervento di pochi colloqui come qualcosa di ingiusto. Si genera allora una fantasia collusiva tra terapeuta e paziente fondata sul sentirsi perseguitati da chi non ti dà ciò di cui hai bisogno o diritto. Tale vissuto è fondato sull'idea che i propri bisogni/diritti non debbano raccordarsi e fare i conti con una realtà terza, per esempio quella socio-economica. Sulla base di tale percezione, come già detto, l'intervento breve assume, per entrambi i poli della relazione Servizio/paziente, le caratteristiche di uno sconcertante quanto obbligato ripiego. Vissuto e praticato in questi termini esso non può che essere destinato ad arenarsi in un vicolo cieco.

Nel modello proposto, al contrario, il limite temporale, introdotto nella fase istitutiva della relazione terapeutica, può essere trasformato in una risorsa nella misura in cui evoca dinamiche emozionali che, oggetto di analisi, costituiranno un indizio e faciliteranno la comprensione delle problematiche connesse alla domanda.

A nostro avviso l'ostacolo maggiore ad approntare interventi brevi non appartiene al paziente, ma a potenti fantasie collusive tra paziente/terapeuta/Servizio miranti a negare la terzietà. Esse trovano ampia risonanza in ambiti più allargati e in culture sociali che le confermano e le rinforzano. Riassumiamo alcune delle forme che queste fantasie collusive possono assumere:

- Il paziente propone in modo rivendicativo il suo "diritto" ad essere curato simmetricamente al terapeuta/Servizio, che reclama il diritto di essere posto dalle istituzioni nelle condizioni ideali per il suo intervento psicoterapico. Il limite dato dalle condizioni socio-politico-economiche contingenti viene ignorato.
- Paziente/terapeuta/Servizio desiderano "risolvere", "eliminare" o "correggere" atteggiamenti e comportamenti. Obiettivi di questo tipo, oltre a non essere auspicabili, non sono comunque raggiungibili in pochi colloqui clinici.

⁶ Prendere in considerazione limiti non equivale ad essere acritici nei confronti di politiche che tagliano risorse in modo indiscriminato. In assenza di un'analisi critica delle scelte politiche calibrare gli interventi clinici alle risorse potrebbe finire per diventare un modo di giustificare e occultare le contraddizioni di discutibili scelte politiche.

- Il paziente desidera dipendenza e il terapeuta/Servizio desiderano farsi carico, proteggere e assumere la delega. L'intervento breve verrebbe percepito come equivalente a non prendersi cura del paziente che, a sua volta, si sentirebbe abbandonato.
- Paziente e terapeuta organizzano la loro relazione in termini duali e autoreferenziali, come se il Servizio non esistesse. Limiti e scarsità di risorse non vengono prese in considerazione in quanto non si è vincolati ad un prodotto e ad una verifica; così come non ci si relaziona al progetto più ampio del Servizio.

Casi clinici

Vengono di seguito proposti due brevi resoconti clinici. Essi rivestono la funzione di esemplificare clinicamente le argomentazioni proposte. Sono due casi nei quali si è prodotta un'evoluzione interessante della problematica implicata. Non sempre questo è possibile, vi sono state situazioni, sebbene in minor misura, nelle quali l'evoluzione è stata più problematica e perciò meritevoli di ulteriore approfondimento.

Caso clinico Luigi

Luigi chiede un colloquio al CSM, su suggerimento del suo medico di base, perché in preda a crisi d'ansia, ad uno stato di irrequietudine diffuso, a difficoltà a prendere sonno. Sta in malattia e si agita al solo pensiero di tornare al lavoro. E' sposato e ha due figli maschi dell'età' rispettiva di 10 e 7 anni. Durante questo periodo si dedica con fatica alla propria famiglia in quanto i suoi pensieri sono occupati angosciosamente dai problemi lavorativi concomitanti al suo attuale stato d'animo. Luigi è responsabile da anni di un gruppo di lavoro di una piccola azienda di prodotti elettrici. Fino a qualche tempo prima il funzionamento e l'organizzazione di questa azienda era improntato ad un clima di familiarità e amicalità. I rapporti tra il titolare dell'azienda e i dipendenti e quelli tra Luigi e i suoi collaboratori erano confidenziali. Spesso si andava a mangiare insieme. Se vi era qualche motivo di conflitto si tendeva a sottacerlo per mantenere, utilizzando le parole di Luigi, un clima simile a una buona famiglia. All'interno di questa cornice nasce un'amicizia tra il titolare dell'azienda e un dipendente. Quest'ultimo, dopo qualche tempo, comincia ad aspettarsi un trattamento di riguardo nell'azienda, ossia facilitazioni di carriera che l'amico titolare sembra promettere. Per qualche motivo, tuttavia, questo non avviene e il rapporto tra i due prende ad incrinarsi. Il dipendente si sente un po' tradito e inizia ad assumere un atteggiamento rivendicativo. Sottolinea le cose che non vanno nell'organizzazione del lavoro, soprattutto riguardo i diritti dei lavoratori. Attorno a lui si coalizzano altri colleghi. Questo gruppo si organizza come sindacato. Il clima cambia e diventa più conflittuale. Luigi afferma che, nelle loro proteste, in molte occasioni questi colleghi si appellavano a cavilli utilizzati pretestuosamente, anche se a volte potevano esserci motivi ragionevoli. Il proprietario dell'azienda reagisce non riconoscendo il nuovo soggetto sindacale. Il clima conflittuale diventa arroventato e su Luigi, che ricordiamo, è una sorta di capo reparto, si esercitano forti pressioni affinché si schieri e si iscriva al sindacato. Lui si sente stretto come in una morsa tra questi colleghi e il proprietario dell'azienda. Non vuole iscriversi al sindacato ma viene fatto oggetto di dispetti organizzativi che rendono molto difficile la sua gestione. In questo quadro iniziano a manifestarsi attacchi di panico e stati di agitazione fino a che non ce la fa più e si mette in malattia. Mentre è in malattia è terrorizzato dal pensiero del momento in cui dovrà tornare al lavoro. Chiede di essere aiutato ma allude anche a una eventuale richiesta di un ulteriore certificato di malattia.

Richiamando i punti prima evidenziati, inerenti ai modelli culturali utilizzati nella fase istitutiva della relazione terapeutica, enucleiamo di seguito i possibili vertici di osservazione del caso.

Ponendo l'accento sull'intrapsichico, il contesto in cui nasce la domanda verrebbe letto come spazio rappresentabile come pretesto che fa emergere le problematiche interne di Luigi. Potremmo dire, a titolo di esempio, che Luigi sembra manifestare una difficoltà nell'affrontare situazioni conflittuali simili a quella in corso nella sua organizzazione lavorativa. A fronte di questa difficoltà mette in moto difese di evitamento, come per esempio stare lontano dal luogo di lavoro. Saremmo portati a verificare tale ipotesi andando alla ricerca, nella sua vita presente e passata, di situazioni conflittuali affini, appurando se il suo modo di viverle e affrontarle sia stato equivalente. La situazione lavorativa costituirebbe, in tale quadro, l'ennesimo scenario dove si riproducono i problemi psichici ricorrenti di Luigi. In un approccio più strettamente legato al modello medico diagnostico l'accento verrebbe posto sulle caratteristiche sintomatologiche della sua ansia. L'ansia di Luigi sarebbe letta come una risposta patologica che può essere in relazione causalistica e

deterministica con variabili quali la predisposizione, l'ambiente familiare ansiogeno, l'ambiente di lavoro "stressante" e altro.

Il tentativo di individuare i tratti di personalità ricorrenti e stabili di Luigi sarebbe il naturale esito di un approccio prevalentemente intrapsichico. Tra le numerose connessioni immaginabili, si potrebbe ipotizzare che la difficoltà ad affrontare situazioni relazionali conflittuali sia in connessione con modelli relazionali tipici della sua famiglia di origine, seppure da lui rielaborati. Sarebbe possibile trovare altri consolidati tratti di personalità e strutture psichiche associati alla difficoltà di gestire conflitti. Tale ricerca sarebbe tutta orientata a cogliere aspetti individuali e/o modelli relazionali stabili che prescindono dal contesto o che si ripetono invariabilmente in dati contesti. Nel caso di Luigi non saremmo sorpresi nell'osservare che l'interesse per gli accadimenti relativi all'ambiente di lavoro passasse sullo sfondo per lasciare posto ad una indagine più profonda delle vicende familiari. Così come non sarebbe da escludere che gli eventi attuali lasciassero il campo a quelli occorsi ai tempi dell'infanzia, nell'idea che questi plasmino quasi definitivamente le strutture psichiche. Non si vuole certo asserire che lo spazio familiare e la collocazione storica siano marginali nella vita di Luigi, tanto meno che non siano utili a comprendere la sua problematica. Tuttavia, focalizzando l'attenzione sugli aspetti intrapsichici, perderebbe di senso il contesto dove è nata la domanda di Luigi: l'ambiente di lavoro e le sue intense dinamiche emozionali caratterizzate da molteplici agiti. L'ambiente di lavoro verrebbe ridotto a solo evento scatenante di problematiche intrapsichiche preesistenti.

L'obiettivo perseguito sarebbe coerente con i paradigmi appena descritti. Se si utilizzasse un modello diagnostico psichiatrico-nosografico, lo scopo sarebbe la riduzione o eliminazione dell'ansia considerata quale segno patologico. Se si seguisse il paradigma della psicologia individuale, volto ad individuare le dinamiche intrapsichiche ricorrenti all'origine della risposta ansiosa di Luigi, l'obiettivo dell'intervento diventerebbe problematico. Seguendo questa ipotesi la difficoltà ad affrontare il conflitto rimanderebbe a molti altri aspetti dell'organizzazione psichica di Luigi. Questi ultimi sarebbero a loro volta legati all'esperienza passata. La difficoltà nelle situazioni di conflitto può essere associabile a tematiche edipiche, ma anche a schemi relazionali nei quali prevale la compiacenza a sua volta correlata ad una angoscia di separazione. Il campo di intervento si espanderebbe. Lo stesso obiettivo assumerebbe connotati poco specifici rimandando ad una sorta di ristrutturazione della personalità, o ad un generico riferimento a un assetto psichico più evoluto; oppure, al contrario, diverrebbe molto specifico: Luigi dovrebbe arrivare ad essere in grado di gestire conflitti in modo "appropriato" e corrispondente ad un livello di organizzazione psichica più matura. Luborsky (1984), a proposito della differenziazione tra psicoanalisi e psicoterapia più breve, parla di obiettivi focali di questo tipo, in una logica tendenzialmente correttiva che stabilisce target cui bisogna mirare.

Analizzando il caso di Luigi attraverso la traccia appena descritta, possiamo dedurre che progettare un intervento breve, tenendo conto del CSM quale struttura a risorse limitate, apparirebbe come un compito impervio. In questo modello la durata dell'intervento terapeutico è ancorata all'obiettivo correttivo. Se non lo si raggiungesse, non si potrebbe concludere l'intervento, a meno di non considerarlo fallimentare. D'altra parte obiettivi simili, oltre che discutibili, non potrebbero essere conseguiti attraverso un intervento di pochi colloqui. Inoltre lo spostamento e la dilatazione spaziale e temporale del campo di osservazione necessitano di un timing corrispondente. Secondo le teorie cliniche esistenti, una psicoterapia finalizzata a trasformazioni complessive di organizzazioni psichiche consolidate comporta un processo che necessita di timing prolungato. In conclusione si potrebbe tentare con Luigi di porre in essere un intervento di breve durata ma, come più volte abbiamo potuto constatare sul campo, si arriverebbe ad un vicolo cieco non appena comparissero le prime difficoltà nella relazione terapeutica. Esattamente per questo motivo, a nostro avviso, nei servizi si finisce per discutere molto di interventi brevi, in verità attuandone pochi. Verso le nuove domande e verso i disturbi emotivi comuni, in definitiva, prevalgono scelte di rifiuto o la creazione di lunghe liste di attesa.

Analizziamo ora il caso di Luigi in una prospettiva diversa da quella appena descritta. Se, invece di porre prevalentemente l'attenzione alle dinamiche intrapsichiche, allargassimo la nostra

osservazione al contesto nel quale si è generata la domanda, saremmo in grado di cogliere aspetti rilevanti. Luigi descrive un ambiente di lavoro dove è in corso un grande cambiamento. Sintetizzando possiamo ipotizzare che fino a qualche tempo prima quella azienda, di dimensioni contenute, era organizzata attraverso modelli culturali di tipo familistico. Relazioni fondate sull'amicizia, sulla valorizzazione della concordia, sulla tendenza a negare le differenze gerarchiche e di ruolo, in una sorta di uguaglianza indifferenziata. In una siffatta cultura organizzativa le differenze e le divergenze possono essere vissute come potenzialmente pericolose, poiché minano l'assetto dominante caratterizzato dalla fantasia, verbalizzata da Luigi, di essere in famiglia. Ci si confronta con un forte senso di appartenenza costruito a prezzo dell'esclusione di altre dimensioni significative dell'organizzazione lavorativa del gruppo. La confusione tra amicizia e rapporto professionale generatasi tra il titolare dell'azienda e un suo dipendente diventa l'occasione che fa implodere la cultura familistica del gruppo. Si sviluppa un ambiente emotivo caratterizzato da delusione e rabbia rivendicativa, che si allarga ad altre persone generando un clima paranoico. Luigi si rapporta con una situazione radicalmente nuova. Tutti sono costretti a confrontarsi con differenze, divergenze, conflitti pregni di intensa emotività. Gli agiti prendono il sopravvento e si susseguono. Il gruppo che fa capo al dipendente deluso dal titolare, inizia a sottolineare aspetti disfunzionali dell'organizzazione, con particolare riferimento ai diritti dei dipendenti. Viene costituita una associazione sindacale, che potrebbe rappresentare una possibilità di dare una forma organizzata al dissenso ma il titolare la avversa, non riconoscendola come nuova variabile organizzativa all'interno di un processo di cambiamento. La conflittualità dilaga. Luigi, al pari di tutti i suoi colleghi, si sente dentro un vortice angoscioso per lui ingestibile. I sintomi ansiosi e l'evitamento dell'ambiente lavorativo sembrano espressione ma anche fuga dall'angoscia. Si può ipotizzare che in questa azienda sia andato in crisi un assetto che manteneva un equilibrio. Si può supporre che la crisi sia sopraggiunta a causa delle fragilità insite in quel tipo di assetto. Possiamo sostenere che essa abbia messo in moto un cambiamento che conteneva elementi di sviluppo: le differenze e le divergenze ora trovavano espressione. Se tale aspetto fosse stato colto la trasformazione in atto avrebbe potuto essere accettata e vista come un modello organizzativo nuovo, dove i conflitti sarebbero stati pensati e organizzati in funzione degli obiettivi professionali. Ciò non è stato possibile perché il gruppo e Luigi avevano in mente ancora il vecchio modello ideale della concordia familistica e non potevano che interpretare persecutoriamente i movimenti in atto nell'organizzazione.

A nostro avviso l'attenzione alle dinamiche organizzative del contesto nel quale si è sviluppato il problema di Luigi è fondamentale ai fini della comprensione della situazione. La difficoltà di quest'ultimo ad affrontare conflitti, osservata da questo vertice, non è solamente un problema individuale, ma appare essere strettamente in relazione con la difficoltà di tutto il sistema organizzativo dell'azienda. Luigi ne è travolto angosciosamente perché non è in grado di comprendere, al pari di altri, cosa sta avvenendo nel gruppo di lavoro. Spostare troppo l'attenzione sul funzionamento intrapsichico e dare poco rilievo all'analisi del contesto specifico significherebbe negare un elemento fondamentale della sua realtà. Piuttosto che cogliere le ricorrenze e le ripetizioni dei vissuti di Luigi nell'arco della sua vita, possiamo rilevare l'unicità e la dinamicità (un cambiamento in atto) della situazione presentata. Il nostro interesse può focalizzarsi sulla dinamica della crisi e sul tentativo di Luigi di affrontarla, prima con i sintomi ansiosi e l'abbandono del lavoro, poi con la domanda, suggerita dal suo medico di base, al nostro Servizio. La domanda appare medicalizzata. Il suo problema è ridefinito come patologico e la richiesta è prevalentemente farmacologica. Inoltre ci chiede velatamente un supporto alla certificazione della malattia per non tornare al lavoro. Luigi sembra non poter immaginare altra soluzione che l'allontanamento dal posto di lavoro. Riepilogando, siamo in presenza di un equilibrio preesistente (l'assetto organizzativo del gruppo di lavoro e il ruolo di Luigi nell'organizzazione). L'equilibrio va in crisi (l'emergere dei conflitti e la difficoltà a fronteggiarli; le modalità con cui Luigi interpreta il suo ruolo vengono messe in discussione). Nuove modalità di affrontare la situazione vengono agite (sintomi, allontanamento dal posto lavoro, domanda al Servizio).

L'obiettivo dell'intervento terapeutico breve consiste, a nostro parere, nell'analizzare insieme a Luigi i passaggi descritti, di modo che la dinamica degli eventi possa essere osservata da una diversa prospettiva. L'intento è di promuovere, attraverso l'attivazione di risorse e competenze,

sviluppi non scontati bensì caratterizzati da nuove modalità di affrontare i problemi in atto. Luigi ci pone una domanda perché si trova in un passaggio delicato della sua vita professionale e l'obiettivo di un Centro di Salute Mentale, compatibile con le risorse di cui dispone, può essere semplicemente quello appena descritto, senza dover immaginare di occuparci di tutti gli aspetti della sua vita; questo non esclude la possibilità che cambiamenti significativi possano estendersi contaminando altre dimensioni. L'obiettivo di cui stiamo parlando ci pare radicalmente diverso da quello perseguito dai modelli prima citati, ispirati alla psicologia dell'individuo e dell'intrapsichico e improntati a propositi correttivi basati sugli assi binomiali patologia/cura e immaturità/crescita. All'interno di questa cornice un intervento "leggero", costituito da pochi colloqui, appare utilizzabile e coerente.

La nostra proposta è stata accolta con attenzione da Luigi e l'analisi condotta insieme, ripercorrendo le ipotesi descritte, ha prodotto immediatamente per lui e sorprendentemente per noi una notevole riduzione dell'angoscia, sin dal primo colloquio. Luigi ha potuto attribuire un senso diverso agli agiti emotivi intensi nei quali si era venuto a trovare. Sentiva ora di poter comprendere meglio una situazione che appariva confusa. Il luogo di lavoro non era più percepito così minaccioso come al momento della domanda. A noi pare che un intervento focalizzato prevalentemente su gli aspetti intrapsichici (o quelli relazionali, ma unicamente per ricondurli all'intrapsichico), ovvero interventi per lo più finalizzati al trattamento dei sintomi (trattamento farmacologico), avrebbero indotto in Luigi la sensazione di essere di fronte ad un problema esclusivamente suo. Egli sarebbe stato connotato come malato o inadeguato. Riteniamo legittimo ipotizzare che questo avrebbe potuto amplificare la sua angoscia, poiché lo avrebbe fatto sentire isolato dal contesto, impossibilitato a dare anche un senso sociale alle sue difficoltà e non gli avrebbe consentito di cogliere l'intima relazione tra il suo problema e quello inerente al contesto di convivenza in cui è immerso.

Caso clinico Wilma

Wilma, età 30 anni, si presenta in compagnia del marito. Si descrive depressa, agitata, angosciata, irascibile, piena di rabbia in quanto si sente inutile. In uno scatto d'ira in presenza del marito e dei figli dell'età rispettiva di 8 e 4 anni ha preso il coltello e ha minacciato il suicidio. Il marito afferma di essere al limite della sopportazione. E' stata ed è ancora in trattamento farmacologico da una psichiatra privata ma senza ottenere cambiamenti significativi del suo stato. La collega psichiatra la invia al CSM suggerendo un trattamento psicoterapeutico. Fino a cinque anni prima Wilma aveva lavorato come commessa. Si era presa un'aspettativa per accudire i figli poi era tornata al lavoro ma non aveva trovato né lo stesso ambiente né lo stesso ruolo di prima. Si era sentita sminuita e, anche su suggerimento del marito, aveva deciso di licenziarsi per dedicarsi alla famiglia. Successivamente si è pentita di aver lasciato il lavoro perché adesso non si sente realizzata e vive il ruolo di casalinga come svalorizzante. L'assenza di un'occupazione lavorativa le procura un senso di solitudine e inutilità. Il marito in questo periodo ha messo in piedi, insieme al fratello di lei, un bar tavola calda. Wilma aveva chiesto e ottenuto di andare a lavorare nel bar ma non era riuscita a inserirsi bene nell'ambiente. Nel luogo di lavoro si erano verificati diversi episodi di gelosia espressa da Wilma verso il marito, con conseguenti tensioni nella loro relazione. Inoltre al bar si sentiva marginale nel ruolo che le era stato affidato. Un litigio col fratello, che l'aveva criticata circa il modo di esercitare la sua mansione, aveva prodotto l'acutizzazione del suo vissuto emotivo caratterizzato da sentimenti di disvalore, intensa rabbia, depressione, apatia e un senso di disperazione che la portava a non avere più desiderio di vivere. Non era più andata al lavoro nel bar. Dopo i primi due colloqui clinici la psichiatra che l'ha inviata telefona, manifestando una certa apprensione per la situazione e invitandomi a porre attenzione sulla gravità della paziente che, a suo dire, non ha il controllo di sé e non risponde ai farmaci. Mi invita a dissuadere Wilma dai propositi di tornare al lavoro nel bar senza prima accertarsi che lei stia veramente bene.

Si può osservare come la domanda, prima del marito alla psichiatra, poi della psichiatra al CSM, sia del tutto orientata al controllo. Wilma genera allarme e scompiglio. Il problema viene subito medicalizzato. L'attenzione si focalizza sulla sua "patologia", peraltro definita grave. La terapia è esclusivamente farmacologica. Il fallimento del controllo farmacologico esita nell'invio al CSM per una psicoterapia. L'attenzione è posta ancora una volta sull'individuo. Il controllo e la correzione degli atteggiamenti inadeguati continuano ad essere gli obiettivi impliciti dell'eventuale

psicoterapia. Si cerca di esercitare il controllo anche sullo psicologo, che dovrebbe dissuadere Wilma dal tornare al lavoro. L'interesse è concentrato sui comportamenti e mai sulle relazioni. In questa situazione sono implicati almeno tre contesti, che vengono quasi del tutto ignorati: 1) la famiglia; 2) l'ambiente lavorativo del bar, ma anche quello che Wilma ha lasciato; 3) la relazione che si costruisce tra la coppia marito-moglie, la psichiatra e il CSM. Per Wilma, come per i contesti con i quali si relaziona, le questioni inerenti alla marginalità, all'inclusione, all'integrazione e alla valorizzazione appaiono centrali. A confronto con una diffusa cultura delle organizzazioni produttive per cui la maternità diventa ostacolo alla produttività aziendale, Wilma si sente assai meno valorizzata rispetto al passato, quando torna al lavoro dopo un'assenza. Il vissuto di marginalità si ripropone quando, dopo essersi licenziata, avverte il lavoro di casalinga come svalorizzante. Ancora, il suo ruolo e il suo contributo al bar vengono percepiti da lei, come dagli altri, come poco rilevanti. Possiamo supporre che tale vissuto sia all'origine degli episodi di gelosia. Wilma reagisce all'angoscia acuta di essere marginalizzata e alla perdita del senso del proprio valore con rabbia intensa e con richieste espresse come pretese perentorie di sentirsi riconosciuta. Pretese che creano scompiglio nell'ambiente del bar e che sfociano nel suo allontanamento, vissuto successivamente comeennesimo fallimento. La tensione si sposta con più forza in famiglia nel rapporto col marito e sfocia nella minaccia di suicidio in presenza dei figli.

Sosteniamo l'ipotesi che l'attribuzione di una patologia, il trattamento farmacologico e la proposta di una psicoterapia correttiva, con la loro finalità di controllo, abbiano acuitizzato il vissuto di isolamento e marginalizzazione di Wilma, facendo crescere esponenzialmente la sua angoscia, che la porta a meritarsi la definizione stigmatizzante di paziente grave. L'intervento della psichiatra, ignorando i contesti relazionali e ponendo l'accento sul problema individuale, sulla personalità, sulla patologia di Wilma, si profila come l'ennesima risposta marginalizzante che amplifica l'angoscia. Con l'invio al CSM, si decide di tentare la psicoterapia come una sorta di agito di rilancio, dove il controllo è ancora l'implicito obiettivo. E' possibile immaginare, a questo punto, quanta diffidenza e senso di disperazione Wilma esprima, quando arriva al CSM. Viene inviata una paziente definita grave, in stato di agitazione, con scarso controllo di sé, con pericolo di suicidio. Si ipotizza un disturbo della personalità o magari un disturbo bipolare. Risulta chiaro che sulla base di tali premesse un intervento di pochi colloqui figurebbe come incongruo e inadeguato.

Proviamo ad assumere un'altra prospettiva. Potremmo leggere il caso di Wilma come l'espressione di una crisi acuta che si produce ricorsivamente nei vari contesti relazionali (il lavoro, la famiglia, la relazione terapeutica). La crisi è attivata da elementi nuovi (la delusione per aver perso il proprio ruolo e valore professionale dopo la maternità, i tentativi falliti di trovare un nuovo ruolo al bar). I vari ambienti relazionali, a loro modo, ostacolano l'integrazione di Wilma, destinata ad essere considerata come un fardello piuttosto che una risorsa. Essi ripropongono la sua marginalità generando una spirale di tensione e angoscia dalla quale si cerca di uscire illusoriamente attraverso fantasie e agiti di controllo, i quali, in un circolo vizioso, allontanano l'integrazione e acuiscono la crisi. Possibile obiettivo di un intervento potrebbe essere la comprensione e la ricostruzione insieme a Wilma, ma anche insieme al marito, del significato di tali dinamiche relazionali. Riteniamo che questo lavoro, mirato ad arricchire i contesti problematici di altri possibili significati, possa ridarle un ruolo così come possa valorizzare i suoi vissuti e quelli del marito, piuttosto che evidenziarne la patologia. In tal modo la relazione terapeutica si strutturerebbe in controtendenza rispetto agli ambiti relazionali nei quali Wilma finisce sempre immancabilmente per sentirsi marginale e poco valorizzata. Le angosce potrebbero trovare un sollievo e i circoli viziosi emotivi dei vari contesti spezzarsi. Pensiamo che proporre una visione nuova del problema permetta di trasformare la crisi in opportunità di cambiamento, di stimolo per nuove e ulteriori competenze che consentano uno sviluppo originale delle situazioni che hanno originato la perdita del precedente equilibrio. Un intervento di pochi colloqui, pensato in siffatto modo e commisurato a questi obiettivi, appare plausibile e congruo.

Nel caso di Wilma, seguendo il percorso tracciato, è stata messa a fuoco la domanda di controllo da parte delle figure a lei vicine come pure il ruolo che lei giocava nei confronti di tale domanda. Il confronto con la paziente, a volte anche col marito, non è stato imperniato unicamente sui suoi vissuti, ma anche su quelli dei soggetti appartenenti ai contesti implicati. Sono state analizzate, ad

esempio, le problematiche organizzative dei luoghi di lavoro, da lei vissuti in modo così vessatorio. Allo stesso tempo è stata posta attenzione sulle dinamiche relazionali fondate sul vittimismo e sulla pretesa che gli altri debbano capirla o debbano uniformarsi a ciò che desidera, a prescindere da come lei si propone. Ci si è soffermati anche sull'associazione confusiva tra l'esperienza delle critiche subite, a volte meritate, e il vissuto di disvalore, con conseguente interpretazione paranoica dell'evento. Allo stesso tempo sono state riconosciute le capacità di cui ha dato prova prima della crisi in atto (prendersi cura dei due figli e della gestione della famiglia; la sua professionalità riconosciuta e apprezzata nel posto di lavoro nel periodo precedente all'aspettativa per gravidanza). Wilma ha mostrato un'inattesa quanto rapida comprensione dei temi affrontati durante i colloqui, comprensione valorizzata come potenziale risorsa utilizzabile nel prendersi cura delle proprie emozioni e nel riconoscere quelle altrui. In sostanza sono state individuate nuove chiavi di lettura del rapporto tra lei e il suo ambiente e, insieme, è stato creato un contesto terapeutico accogliente nel quale i suoi vissuti potevano essere valorizzati. Dopo soli due colloqui Wilma non si sentiva più angosciata, era in grado di riconoscere le sue responsabilità nel determinare specifiche dinamiche relazionali, così come poteva comprendere maggiormente le trame relazionali degli ambienti di cui faceva parte. Era in grado di notare come il suo modo tirannico di chiedere di essere riconosciuta otteneva l'effetto opposto; nello stesso tempo riusciva a capire che gli atteggiamenti svalutanti e marginalizzanti nei suoi confronti erano il frutto di dinamiche e culture organizzative problematiche, piuttosto che espressione di valutazioni negative sulla sua persona. Dopo tre colloqui si descriveva come più fiduciosa, in grado di affrontare con nuove modalità i problemi e sentiva di essere più riconosciuta dal marito. Si è riconciliata col fratello ed è tornata al lavoro in un clima collaborativo. L'intervento si è concluso dopo cinque colloqui contemplando la possibilità di rivedersi se fossero intervenuti nuovi problemi.

Se all'invio e alla domanda della psichiatra fosse seguita in modo automatico una psicoterapia, la fantasia di controllo sarebbe stata raccolta. Sarebbe stato avviato, forse, un percorso mirato a individuare le aree problematiche ricorrenti nella personalità di Wilma, a ricostruirne dettagliatamente la storia personale, a mettere in luce gli aspetti patologici o più regressivi del suo funzionamento psichico. Il problema sarebbe stato sanitarizzato, ignorando le difficoltà della relazione tra Wilma e i suoi contesti di appartenenza, così come tra Wilma e i terapeuti implicati, vanificando ogni possibilità di contemplare un intervento breve.

Conclusioni

Se la domanda viene medicalizzata, l'intervento si delinea come un percorso di cura che si pone inevitabilmente obiettivi predefiniti legati a vissuti, atteggiamenti, comportamenti e relazioni auspicabili. Abbiamo visto come sia improbabile, oltre che discutibile, perseguire finalità di questo genere in breve tempo. Per converso, utilizzando i paradigmi sostenuti in questo lavoro, siamo in grado di configurare in modo diverso l'intervento di un CSM. A nostro avviso quest'ultimo non può tradursi in una presa in carico a tutto campo dei pazienti, come avviene nella maggioranza dei casi. Riteniamo opportuno il superamento di una visione statica della vita (normalità/patologia, tratti ricorrenti etc.). La funzione di un servizio di salute mentale può espletarsi attraverso l'analisi della situazione dinamica nella quale la domanda prende corpo, allo scopo di restituire nuovi significati alle difficoltà vissute in quella specifica fase della vita del paziente e con il fine di attivare nuove competenze atte ad affrontare i problemi. Gli interventi brevi evitano di prendere i pazienti in affidamento. Piuttosto che mirare a trasformazioni profonde delle caratteristiche di personalità, essi promuovono la ricerca di un nuovo equilibrio in un momento critico della vita del soggetto. Si tratta di obiettivi limitati, non radicali ma sostenibili e al contempo in grado di garantire efficacia all'operato di un servizio di salute mentale. Il perseguimento di simili finalità è possibile solo se viene prestata grande attenzione alle dinamiche del contesto nel quale la crisi si sviluppa. Inoltre tali obiettivi, per quanto limitati, possono prevenire esiti peggiori e cronicizzanti della crisi. Il soggetto, allo stesso tempo, ha l'opportunità di acquisire competenze utilizzabili non solo nella situazione in atto ma anche in altre circostanze della propria vita. Anche nel caso in cui pochi colloqui clinici non sembrano produrre esiti fruttuosi, come a volte accade, non si può escludere che essi rappresentino un'esperienza che potrebbe essere recuperata in altri momenti della

propria esistenza. Non è infrequente che il soggetto si ripresenti al CSM in un momento successivo della propria vita riproponendo il vecchio problema, ma in un contesto diverso, oppure per esprimere un problema nuovo. Riteniamo che ciò non debba essere interpretato come il fallimento del precedente intervento bensì come indizio che quest'ultimo sia stato percepito come significativo. La nuova domanda può essere espressiva di problematiche relative ad una fase della vita del paziente diverse da quelle che avevano originato la domanda precedente. In tal senso crediamo che il ritorno di alcuni pazienti sia coerente al modello proposto. Ogni volta che si conclude un intervento breve si lascia aperta la disponibilità ad accogliere eventuali nuove domande dello stesso paziente in momenti successivi della sua vita. Porre in essere interventi brevi più volte con gli stessi pazienti ci sembra coerente con il modello e costituisce un utilizzo delle risorse comunque più efficace rispetto a quegli interventi prolungati nei quali si rischia di perdere il senso del proprio operato.

Riteniamo che l'impostazione data, oltre a rappresentare una risposta più efficace e realistica alle nuove domande, possa anche contribuire a ridisegnare gli obiettivi terapeutici di un CSM in presenza di problematiche più invalidanti. Si pensi a quelle situazioni nelle quali le crisi acute psicotiche sono associate a contesti che perdono le capacità di integrazione fino ad allora presenti. In questi casi piuttosto che assumere deleghe, prendere in affidamento e cronicizzare la relazione terapeutica, è possibile immaginare interventi limitati e intensivi che, con più efficiente utilizzo delle risorse, affrontino in prevalenza la fase di crisi, facilitando il ritrovamento di funzioni integrative. Dopo la crisi acuta sarebbe auspicabile, inoltre, un lavoro preventivo che attivi risorse territoriali per promuovere il sostegno alle funzioni integrative nel tessuto sociale e contestuale che gravita intorno alla situazione psicotica. In tal modo anche in questa importante area si terrebbero in debito conto i limiti derivanti dalla scarsità di risorse e verrebbero evitate inutili dispersioni di energie.

Quando si esprimono obiettivi in termini quali "promuovere nuove risorse e sviluppo", è necessario tenere ben presente la complessità e la problematicità epistemologica. Si tratta di obiettivi aperti che evitano la problematicità di quelli contenutistici ma rischiano di apparire vaghi e di essere soggetti a molte interpretazioni. A tale proposito Grasso e Cordella (1993) affermano che la definizione di un obiettivo metodologico non può rimanere mera affermazione di principio ma necessità di essere operazionalizzata. Allo scopo di rendere possibile una verifica dell'intervento ci sembra utile immaginare possibili "indicatori" di risorse e di sviluppo senza i quali quest'ultima terminologia rischia di essere molto evocativa ma generica. Pensare indicatori di sviluppo significa forse assumere criteri di riferimento inevitabilmente valoriali? Crediamo che il problema della verifica degli interventi, data la complessità, debba meritare una maggiore attenzione da parte della comunità scientifica. In caso contrario ogni modello teorico clinico che affidi la propria validazione alla coerenza interna del modello stesso e che ignori la questione degli indicatori finisce per diventare autoreferenziale e negare la terzietà.

Nella visione tradizionale le domande afferenti ai CSM vengono concettualizzate in termini di gruppi diagnostici. Spesso vengono auspiccate risposte terapeutiche omogenee per diagnosi. Una sorta di pacchetto terapeutico standardizzato per ogni gruppo diagnostico. Pensiamo che sarebbe interessante, invece, una categorizzazione delle domande sulla base delle situazioni ricorrenti e dei problemi socio-culturali rappresentati. Pensiamo ai problemi di coppia, ai momenti di svincolo per figli e genitori, alla perdita di ruolo nella terza età, alle tematiche del mondo del lavoro, alla precarietà, all'immigrazione e a molte altre domande spesso strettamente associate all'attualità delle problematiche sociali: situazioni potenzialmente generatrici di momenti di crisi della convivenza. In casi del genere il CSM, partendo dall'analisi della cultura sociale nella quale il problema prende forma, potrebbe configurare il suo intervento come un accompagnamento di breve durata, che restituisca ai soggetti significati e competenze utili ad affrontare la crisi, in alternativa ad una presa in affidamento sanitarizzata e spesso cronicizzante.

In questo lavoro ci è parso essenziale porre l'attenzione esclusivamente sulla cornice concettuale che consente di predisporre un intervento psicologico breve. Pensiamo, tuttavia, che vi sono altre variabili della relazione terapeutica altrettanto significative ai fini della realizzazione degli obiettivi dell'intervento breve che, per motivi di spazio, non possono essere oggetto di questa riflessione.

Bibliografia

- Alexander, F., French, T.M. et. al. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application (chapter 2, 4, 17)*. New York: Ronald press. Trad. it. L'esperienza emozionale correttiva. *Rivista Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVII, 2.
- Arbeitsgruppe OPD (2001). *Operationalisierte Psychodynamische diagnostic*. Bern: Hans Huber Vlg. Trad.it. De Coro, A. (Ed.) (2002). *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata*. Milano: Masson.
- Biggio, G. (2007). *Il counselling organizzativo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Carli, R. (1987). *Psicologia Clinica: Introduzione alla teoria e alla tecnica*. Torino: Utet.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2005). *Casi Clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Di Ninni, A., Scala, V., Pagano, P., Giovagnoli, F., et al. (2008). La Cultura Locale dei Centri di Salute Mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3 – supplemento, 1-60. Consultato il 5 maggio 2011 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_08/CSM.htm
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2010). Editoriale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-8. Consultato il 5 maggio 2011 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_10/pdf/Editoriale.pdf
- Danvaloo, H. (Ed.) (1980). *Short Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Aronson. Trad. it. (1987). *Psicoterapia dinamica a breve termine*. Roma: Armando.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity Youth and Crisis*. New York: Norton & Company. Trad. it. (1974). *Gioventù e crisi d'identità*. Roma: Armando.
- Freud, S. (1895). *Studien Über Hysterie*. Lipsia e Vienna: Deuticke. Trad. it. (1980, 5th ed.). Opere Vol. 1: *Studi sull'Isteria e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gabbard, G.O. (1990). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practise*. American Psychiatrist Press. Trad. it. (1992). *Psichiatria Psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gilliéron, E. (1997). *Manuel de Psychothérapies brèves*. Paris: Dunod. Trad. it. (1998). *Trattato di psicoterapie brevi*. Roma: Borla.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London - New York: Tavistock/Routledge. Trad. it. (1993). *Disturbi emotivi comuni*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Grasso, M., & Cordella, B. (1993). Strategie di ricerca in psicoterapia dinamica breve: Obiettivi e verifica del trattamento. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 1, 127-153.
- Kenberg, O. (1984). *Sever Personality Disorders*. Yale University: New Haven and London. Trad. it. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*. New York: Basic Books. Trad. it. (1989). *Principi di psicoterapia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Malan, D.H. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. London, Boston, Sidney, Wellington, Durban, Toronto: Butterworth & Co. Trad. it. (1981). *Psicoterapia in pratica*. Bologna: Cappelli.
- Paniccia, R.M., Di Ninni, A., & Cavalieri, P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-95. Consultato il 5 aprile 2011 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/pdf/PanicciaDininniCavalieri.pdf>

PDM, Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. SilverSpring: Alliance of Psychoanalytic Organization. Trad. it. (2008). *Manuale psicodiagnostico psicomodinamico*. Milano: Raffaello Cortina.

Riefolo, G. (2001). *Psichiatria prossima: La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi*. Torino: Bollati Boringhieri.

Salzberger-Wittenberg, I. (1977). Counselling Young people. In M. Boston & D. Daws (Eds), *The child Psycho-therapist*. London: Wildwood House. Trad. it. (1981). *Il lavoro psicoterapeutico con bambini e adolescenti*. Napoli: Liguori

Scala, V. (2007). Tre schizzi per un ritratto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 213-219. Consultato il 3 aprile 2011 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_07/Scala.htm

Sifneos, P.F. (1978). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University. Trad. it. (1982). *Psicoterapia breve e crisi emotiva*. Martinelli.

Stampa, P. (2010). L'orribile verità: Mito del burn-out e rappresentazioni della psicologia nella cultura del legislatore italiano. Riflessioni su un paradosso etico-giuridico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 98-117. Consultato il 4 marzo 2011 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_10/Stampa.htm

Talmon, M. (1990). *Single-Session Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. Trad. it. (1996). *Psicoterapia a seduta singola*. Trento: Erickson.