

## **Mental Health Center: The space of clinical psychological intervention between psychiatry and psychotherapeutic techniques**

***Roberto Vari***

### *Abstract*

This paper describes the changes in the demand and the transformations occurred in the Mental Health Center since its foundation in Italy. The paper analyzes the clinical and organizational problems intervened after the evolution of the demand, which can be read through diagnostic categories or as sign of emotional problems in the social coexistence milieu.

Two areas of intervention take shape in the Mental Health Center:

- illness the area of common emotional disorders;
- the area of mental and complex cases.

Two clinical cases are discussed, for each of the two corresponding areas, in order to analyze the emerging clinical and organizational problems and the different perspectives of intervention. The analysis of the clinical cases here proposed tries to point out that, unlike psychiatry and psychotherapy organized on dual settings, clinical psychology - as reference discipline for intervention in the dynamics between individual/coexistence environment/Service - can be more effective answer to the new challenges deriving from the ongoing transformations.

*Keywords:* psychotherapy; mental health center; mental illness; common emotional disorders; analysis of the demand.

---

· Clinical Psychologist and Psychotherapist, formerly in charge of Operational Unit: “Admission Process and Short Term Clinical Psychological Intervention”, Mental Health Department III District ASL Roma 3.

Vari, R. (2018). Centro di Salute Mentale: Lo spazio d'intervento della psicologia clinica tra psichiatria e tecniche psicoterapeutiche [Mental Health Center: The space of clinical psychological intervention between psychiatry and psychotherapeutic techniques]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 148-162.  
doi:10.14645/RPC.2018.2.726

## **Centro di Salute Mentale: Lo spazio d'intervento della psicologia clinica tra psichiatria e tecniche psicoterapeutiche**

***Roberto Vari***

### *Abstract*

Vengono descritti i cambiamenti della domanda e le trasformazioni avvenute nel Centro di Salute Mentale, dalla sua istituzione in Italia. Sono presi in esame i problemi clinici e organizzativi intervenuti in seguito all'evoluzione della domanda. Questa può essere letta attraverso categorie diagnostiche, oppure quale segno di problemi emozionali della convivenza. Nel Centro di Salute Mentale prendono forma due settori d'intervento:

- l'area dei disturbi emotivi comuni;
- l'area delle malattie mentali e dei casi complessi.

Sono discussi due casi, ognuno per la corrispettiva area, con la finalità di analizzare sia la natura dei problemi clinici e organizzativi, sia le differenti prospettive d'intervento.

L'analisi dei casi clinici qui proposta cerca di evidenziare che, a differenza della psichiatria e delle tecniche psicoterapeutiche organizzate in setting duali, la psicologia clinica – in qualità di disciplina competente a intervenire sulle dinamiche affettive tra individuo/ambiente di convivenza/ servizi socio sanitari – può rivelarsi più efficace nella risposta alle nuove sfide poste dalle trasformazioni in atto.

*Parole chiave:* psicoterapia; Centro di Salute Mentale; malattia mentale; disturbi emotivi comuni; analisi della domanda.

---

\*Psicologo Clinico e Psicoterapeuta, già Responsabile dell'Unità Operativa Semplice: "Accoglienza e Interventi Psicologico-clinici Brevi", Dipartimento di Salute Mentale III Distretto ASL Roma 3.

Vari, R. (2018). Centro di Salute Mentale: Lo spazio d'intervento della psicologia clinica tra psichiatria e tecniche psicoterapeutiche [Mental Health Center: The space of clinical psychological intervention between psychiatry and psychotherapeutic techniques]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 148-162.  
doi:10.14645/RPC.2018.2.726

## ***Introduzione: Evoluzione della domanda e trasformazioni del Centro di Salute Mentale***

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il presidio territoriale deputato al trattamento dell'utenza che presenta problemi di natura psichica. La domanda e l'offerta hanno attraversato nel corso degli anni notevoli cambiamenti.

Il Centro d'Igiene Mentale, così si chiamava allora, fu istituito dalla legge 431/1968 e si occupava dell'assistenza medica e riabilitativa per i malati non ricoverati e per chi era dimesso dai manicomi.

La legge 180/1978 (legge Basaglia) stabilisce che le malattie mentali sono come le altre malattie. La competenza sulla psichiatria passa dal Ministero dell'Interno al Ministero della Salute. È istituito un reparto dedicato all'interno dell'ospedale generale. Il reparto sostituisce il manicomio ed è chiamato: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) è previsto in caso di "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo"<sup>1</sup>. Dalla combinazione custodia/cura si passa più nettamente alla cura.

La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale 833/1978 recepisce la 180/1978 e afferma la centralità dei servizi territoriali, rimandando definizioni più precise ai successivi progetti obiettivo. La normativa rispecchia una cultura ancorata saldamente alla psichiatria nosografica da un lato, e alla psichiatria sociale dall'altro. Il periodo è contrassegnato da una forte connotazione ideologica e militante, che sottovaluta e nega la dimensione del vissuto emotivo e le dinamiche relazionali ad esso associate. Restituire diritti e assumere atteggiamenti accoglienti sembrano azioni sufficienti per integrare i malati mentali nelle famiglie e nel territorio.

Durante questo periodo la psicologia clinica è marginale e subalterna alla psichiatria. Il percorso normativo e organizzativo culmina nel Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale 1994-1996 nel quale s'istituisce il Dipartimento di Salute Mentale per ogni Unità Sanitaria Locale. In esso sono definite le strutture che ne fanno parte e sono precisati parametri standard, funzioni, personale e così via. Insieme al Centro di Salute Mentale (CSM) sono istituiti presidi per le crisi acute e per la riabilitazione (Reparto Ospedaliero SPDC, Centro Diurno, Struttura Residenziale e Semi Residenziale).

Negli anni successivi alla nascita del CSM si delineano cambiamenti culturali, teorici e operativi nello sforzo di sperimentare risposte ai nuovi problemi che emergono nella clinica.

Il processo d'integrazione della malattia mentale e il rapporto con le famiglie si rivela più difficile sul piano psicologico di quanto è stato supposto. Le aspettative di natura ideologica e l'atteggiamento militante (Carli & Paniccia, 2011) non collimano con i problemi relazionali che l'integrazione solleva.

La psichiatria sociale affida alla presenza delle strutture deputate alla risocializzazione, spesso insufficienti, la reintegrazione dei malati mentali. Tuttavia, gli interventi di risocializzazione non poggiano su una competenza fondata su una solida teoria della tecnica. Si afferma l'importanza dell'accettazione del diverso in termini etici, prescindendo dall'analisi competente delle dinamiche emozionali che ostacolano l'integrazione. Tale posizione determina una certa approssimazione nell'intervento e nell'organizzazione dei servizi. Si fa affidamento alle competenze medico diagnostiche, bagaglio della psichiatria, mentre gli interventi legati alla risocializzazione e all'integrazione non poggiano su specifiche competenze.

Nello stesso periodo nei CSM iniziano ad affermarsi le psicoterapie, anche in relazione alla nascita della facoltà di psicologia. La psicoanalisi dapprima, la psicoterapia familiare, e ancora più tardi compare il cognitivismo.

I limiti della psichiatria sociale e la diffusione delle tecniche psicoterapeutiche danno origine a due fenomeni:

- Nei CSM si diffonde largamente la pratica della psicoterapia. La militanza è sostituita da un approccio tecnico incentrato prevalentemente sull'individuo o sulla famiglia (Carli & Paniccia, 2003). La psicologia clinica è identificata con la psicoterapia e si determinano sovrapposizioni confuse tra la figura dello psicologo clinico e quella dello psichiatra. Si organizzano setting duali, predefiniti dalla tecnica, che non prendono in considerazione il contesto istituzionale dell'intervento.
- L'introduzione progressiva della psicoterapia nei CSM favorisce lo sviluppo di nuove domande concernenti problemi relazionali che si originano entro i contesti di convivenza. Le malattie mentali divengono una parte minore del totale delle nuove domande (Ministero della Salute, 2016). Il CSM non è più un presidio psichiatrico, ma si caratterizzerà sempre più come Servizio che si occupa dei problemi emotivi della convivenza.

Tali cambiamenti sono recepiti anche sul piano normativo. Nei progetti obiettivo nazionali il Dipartimento di Salute Mentale è pensato come luogo che promuove la qualità della vita mentale. Il profilo del CSM cambia radicalmente e si organizza attorno ad una domanda che può essere suddivisa in due aree:

---

<sup>1</sup> Legge 180/78 (Basaglia), art. 2.

- Area della malattia mentale e dei casi complessi. La richiesta d'intervento è attivata da familiari o istituzioni; più raramente proviene da coloro che sono designati come pazienti. Il CSM accoglie la domanda ed elabora progetti terapeutici che possono implicare il coinvolgimento di altri presidi del Dipartimento, ospedalieri o di risocializzazione.
- Area dei disturbi emotivi comuni (Goldberg & Huxley, 1992/1993). In tale area alcune domande sono organizzate attorno a quello che, dal punto di vista diagnostico, è il sintomo. Tra le sintomatologie più frequenti: ansia e depressione reattiva. In molti altri casi si tratta di domande che non hanno bisogno della mediazione del sintomo, ma rispecchiano direttamente problemi di convivenza. In questa tipologia di domande il CSM è percepito quale Servizio competente ad affrontare le questioni psicologiche della convivenza.

Nell'area dei disturbi emotivi comuni si concentrano la maggior parte delle nuove domande (Ministero della Salute, 2016). Le domande associate alla malattia mentale sono una minoranza, tuttavia il trattamento approntato per i casi complessi comporta la permanenza per molto tempo in carico al Servizio. Viceversa, le domande appartenenti all'area dei disturbi emotivi comuni hanno una minore permanenza nel Servizio, ma sono molto più numerose e in crescita. In entrambi i casi e per motivi diversi, il CSM si trova a fronteggiare domande che mettono a dura prova le risorse disponibili. Di frequente si presenta il fenomeno della saturazione, in altre parole il vissuto della mancanza di risorse sufficienti a trattare le domande in modo appropriato.

La presenza simultanea di domande così diverse scompagina radicalmente l'assetto del Centro di Salute Mentale e i modelli teorico clinici adottati nella prassi clinica. Il Servizio assume una veste organizzativa segnata da una demarcazione tra le funzioni dello psichiatra e quelle dello psicologo clinico. Il primo si occupa prevalentemente dei malati mentali e dei casi complessi, organizzando l'intervento intorno alla prevedibile utilità della terapia farmacologica. Lo psichiatra si occupa anche della terapia farmacologica nei disturbi emotivi comuni. L'intervento per i malati mentali vede in molti casi la collaborazione tra psichiatra e infermiere, più raramente tra l'infermiere e lo psicologo. Nel trattamento delle malattie mentali lo psicologo clinico collabora, ma è di norma relegato all'intervento di supporto con i familiari del malato mentale. Nell'assetto che si è venuto configurando nei CSM, lo psicologo clinico si occupa prevalentemente dell'intervento psicoterapeutico nell'area dei disturbi emotivi comuni e dei problemi relazionali entro la convivenza.

La difficoltà che la psicologia clinica incontra nel proporsi quale disciplina competente nell'intervento per le malattie mentali, risiede nella sua identificazione con la psicoterapia organizzata quale tecnica entro un setting duale. La psicoterapia, se esercitata quale tecnica decontestualizzata, si mostra inappropriata a trattare le difficoltà che i soggetti con malattia mentale presentano nei processi di simbolizzazione e nel mantenimento del setting.

Per riassumere, un Servizio psichiatrico impegnato in prevalenza con i malati mentali subisce una lenta trasformazione in direzione di un Servizio che accoglie domande che rispecchiano diffusi problemi emotivi di convivenza sociale. Il significativo cambiamento della domanda, tuttavia, genera solamente un passaggio da un CSM imperniato sulla psichiatria a forte connotazione sociale ad un Servizio che si forgia intorno ad una doppia tecnicità, medico psichiatrica da un lato e psicoterapeutica dall'altro. In entrambi i casi, l'obiettivo dell'intervento rimane centrato sulla cura della patologia.

Nel corso di questo scritto saranno analizzati i nuovi problemi teorico clinici e operativi posti dal trattamento delle domande in ognuna delle due aree appena definite. Per ogni area sarà discusso un caso clinico. La descrizione e l'analisi del caso saranno, per ovvi motivi di spazio, parziali e focalizzati sui problemi che l'intervento clinico presenta nel CSM e sui possibili modi di trattarli. I casi saranno descritti solo in alcuni passaggi che interessano il tema in discussione. Saranno evitate di proposito informazioni sulla storia del soggetto che avrebbero condotto ad analisi che esulano dalle finalità di questo scritto.

L'interesse si concentrerà sui modelli d'intervento psicologico clinici ritenuti più utili ed efficaci a fronteggiare i problemi sollevati dalle trasformazioni in atto e dalle nuove domande. Sarà sostenuta la tesi che la psicologia clinica – sganciata dai modelli diagnostici e focalizzata sui problemi relazionali dei contesti di convivenza – è in grado di offrire un rilevante contributo all'innovazione delle prassi cliniche nel Centro di Salute Mentale. In qualità di disciplina fondata sulla relazione individuo/contesto – distinta dalla psichiatria e dalla psicoterapia organizzata sulla tecnica – la psicologia clinica può essere proposta quale modello d'intervento in grado di fornire risposte efficaci ai nuovi problemi clinici conseguenti alla trasformazione della domanda nel CSM.

## *Area dei disturbi emotivi comuni*

È stato affermato che molte persone si rivolgono al CSM senza essere portatori di un sintomo. Avvertono, nell'ambito della loro vita relazionale, problemi che non riescono ad affrontare in modo soddisfacente. Spesso si tratta di soggetti che attraversano momenti critici della propria esistenza. Tuttavia, anche nei soggetti che riferiscono i cosiddetti sintomi, emergono situazioni di convivenza critiche, rispetto alle quali il sintomo evidenzia un tentativo di affrontare i problemi, oppure un pretesto per attivare una domanda.

Qualche esempio per comprendere la tipologia delle domande emergenti. Nell'ambito della famiglia abbiamo problemi che si attivano nei momenti di svincolo tra genitori e figli:

Una donna di mezza età si sente in ansia e vive le sue giornate in modo angosciato, fino a non riuscire ad andare al lavoro a causa dei conflitti con la figlia sedicenne che inizia essere un po' più distaccata dalla madre e a contestarla.

Sempre entro la famiglia vi sono figli che diventano ansiosi nel passaggio dallo studio al lavoro, situazioni di conflitti intensi tra genitori e figli o tra partner, soggetti che hanno difficoltà a riorganizzarsi dopo una separazione coniugale, in seguito ad un lutto, oppure all'insorgenza di malattie importanti che cambiano l'immagine di Sé e delle proprie relazioni affettive.

Nell'ambito del lavoro pervengono domande che si riferiscono a conflittualità tra dipendenti e dirigenti, oppure riguardanti problemi che si sviluppano in conseguenza di cambiamenti organizzativi:

A un dirigente di alto livello di un'azienda multinazionale è chiesto di selezionare alcuni suoi collaboratori, per creare nei loro confronti un clima di mobbing che li induca licenziarsi. Il dirigente temporeggia e non esegue, poco dopo è lui stesso ad essere fatto oggetto di mobbing. Gli tolgono la mansione e lo tengono privato d'ogni mansione in un clima intimidatorio. Lui arriva con attacchi di panico, umore depresso, difficoltà ad interessarsi alla sua famiglia e incapace di riorganizzarsi.

I problemi legati agli ambienti lavorativi rappresentano una rilevante novità nella trasformazione della domanda, dominata in precedenza dai problemi inerenti ai contesti familiari.

È ragionevole affermare che l'evoluzione della domanda riflette problemi di convivenza connessi alle trasformazioni sociali:

Prima della crisi innescata dal crack della Lehman Brothers, un funzionario di una banca progetta e mette in atto segretamente una speculazione sui derivati utilizzando i risparmi dei suoi clienti e dirottando gli eventuali profitti nel suo conto, senza che i clienti se ne possano rendere conto. Le cose vanno diversamente, l'uomo perde i suoi risparmi e quelli dei clienti, tra cui familiari e amici. È scoperto, denunciato e messo sotto inchiesta. La sua famiglia si disgrega.

Un anziano signore in pensione arriva al CSM disperato perché ha perso tutti i suoi risparmi, circa trecentomila euro, accumulati durante la sua vita perché, su consiglio di un consulente bancario e illuso da facili guadagni, si era ostinato a puntare il denaro sui derivati della Lehman Brothers, operando segretamente contro il parere della consorte. Fino all'ultimo momento le agenzie di rating erano positive e consigliavano investimenti speculativi su quell'azienda.

Le moderne trasformazioni digitali sono riflesse in una domanda nella quale una crisi coniugale è generata dopo che un uomo s'invaghisce, tramite social networks, di una donna che non ha mai incontrato e decide di lasciare la propria consorte che, depressa ed emotivamente sconvolta, si rivolge al CSM.

Si pensi anche alle domande di persone extracomunitarie legate ai problemi di convivenza attivati dai grandi flussi migratori.

Dinanzi a simili trasformazioni della domanda risposte organizzate attorno a trattamenti farmacologici o psicoterapeutici scontati e decontestualizzati appaiono inappropriate, giacché mettono il Servizio di fronte all'insufficienza delle proprie risorse (Vari, 2011). Inoltre l'utilizzo dei modelli diagnostici, così diffuso nella pratica clinica e psicoterapeutica, non permette d'intercettare i problemi affettivi dei contesti di convivenza espressi nella domanda stessa (Carli & Paniccia, 2003).

Accade di frequente che il CSM, nel tentativo di organizzare risposte a queste nuove domande, metta in moto tante risorse per interventi con obiettivi non chiari, e di cui non è mai verificata l'efficacia. Nella gran parte dei casi il Centro di Salute Mentale non riesce a funzionare come organizzazione che si dà obiettivi e priorità. La risposta alla domanda è organizzata dal singolo terapeuta sulla base della sua formazione. L'importanza del raccordo con gli obiettivi del Servizio non è ravvisata, sebbene la diminuzione delle risorse avvenuta negli anni recenti comporti la necessità condivisa di stabilire priorità negli interventi.

Al fine di comprendere meglio i problemi esposti sarà esaminato un caso clinico.

### *Caso clinico Mario*

Mario è un uomo di 51 anni. È in trattamento per un tumore che ha presentato una recidiva imprevista, nonostante si pensasse che era stato curato. I risultati non sono ancora quelli aspettati. Il Reparto Oncologico propone a Mario la possibilità di recarsi al CSM, ipotizzando l'insorgenza di una depressione. Anche la sorella, che abita lontano da Mario, si è preoccupata e ha insistito molto affinché venisse al Servizio.

Mario non si sente depresso. È al colloquio per compiacere la sorella insistente, altrimenti non sarebbe venuto. Spaesato, chiede ripetutamente cosa deve dire o fare nel colloquio.

Dato che ha deciso di venire, gli è suggerito di focalizzarsi su ciò che lui sente e di notare se avverte qualche problema. Accenna ad una preoccupazione per la malattia. I medici avevano detto che sarebbe stata curata, ma ancora persistono problemi.

Riferisce di vivere solo perché da alcuni mesi si è separato dalla compagna con la quale conviveva. Sente un po' di solitudine durante la giornata, in quanto è in malattia e non va al lavoro. Lavora in un'azienda di consegne a domicilio. Per Mario il lavoro è tutto, ci trascorre molto tempo e gli piace. In assenza del lavoro sta male perché non sa come organizzare il tempo a disposizione. Nell'azienda lui è un punto di riferimento, anche in ragione della sua grande disponibilità. A volte l'impegno diviene faticoso, sente che l'azienda e i colleghi se ne approfittano. Per giunta, non riceve premi o riconoscimenti.

Mario esprime questi vissuti sui vari aspetti della sua vita attuale, tuttavia ne sminuisce la valenza problematica.

Mario arriva al CSM perché qualcuno lo ha spinto a venire. Non capisce perché e non propone una sua domanda. Essere al colloquio è vissuto alla stregua di un compito da svolgere per accontentare gli altri.

Un CSM che organizza le sue risposte ricorrendo alle varie tecniche psicoterapiche, s'imbatte in un dilemma: proporre una psicoterapia, oppure rifiutare la richiesta poiché mancano i requisiti per intraprenderla – consapevolezza di problemi e motivazione. La psicologia clinica si rivela utile per uscire da tale dilemma nella misura in cui comprende il contesto nel quale la domanda si sviluppa e il modo in cui i diversi protagonisti – il Reparto Ospedaliero, la sorella, Mario e il Centro di Salute Mentale – simbolizzano emozionalmente il contesto relazionale cui partecipano.

Il Reparto Oncologico tratta il problema di Mario da un punto di vista statistico – la probabilità di sviluppare depressione. Questa previsione è sufficiente alla proposta d'invio al CSM, individuato come competente a trattare la patologia. L'azione avviene senza peritarsi di verificare i vissuti di Mario in merito. La sorella lo spinge al Servizio, preoccupata del fatto che lui vive solo e non si prende molta cura di sé. Ella si pone come figura genitoriale obbligatoria che vuole delegare in parte al Servizio la presa in cura di Mario. Quest'ultimo accetta per compiacere la sorella. È utile rilevare che anche durante il colloquio clinico, in una situazione nuova e non obbligatoria, Mario invoca una guida che illustri come ci si deve comportare, piuttosto che esporsi esprimendo ciò che sente. Al lavoro è sempre quello disponibile e non riesce a sottrarsi a tale ruolo.

Si è alla presenza di contesti – rapporto con sorella, ambiente di lavoro, relazione con i servizi sanitari - nei quali Mario organizza, con la complicità collusiva degli interlocutori di turno, relazioni di compiacenza in cui non può esprimere ciò che sente. I suoi problemi li tiene per sé.

Nel caso in cui il CSM istituisse una psicoterapia quale risposta standardizzata, replicherebbe in modo lineare le fantasie del Reparto Oncologico e della sorella, e assumerebbe il ruolo di una figura che decide cosa è meglio per Mario. Si riprodurrebbe una relazione nella quale i vissuti emotivi di Mario non troverebbero ascolto. La sua compiacenza e la sua passività sarebbero incentivate, amplificando quello che, probabilmente, costituisce un problema centrale per Mario.

D'altro canto, qualora non si prendesse in trattamento Mario per assenza d'indicazione alla psicoterapia, sarebbero ignorati problemi che esistono, e di nuovo non vi sarebbe posto per accogliere i suoi vissuti.

Il dilemma appena menzionato è superato allorché l'attenzione è spostata verso le emozioni di Mario, cominciando dalla contraddizione tra il suo vissuto di non avere problemi e il recarsi al Centro di Salute Mentale.

Si noti che egli ha accennato a diversi temi significativi: la preoccupazione per il tumore; la solitudine e la separazione dalla compagna; la difficoltà nell'organizzazione del tempo libero, poiché abituato a strutturare la propria giornata quasi esclusivamente intorno al suo lavoro; l'insoddisfazione nell'ambiente di lavoro, in ragione del sovraccarico di compiti cui non riesce a sottrarsi.

Mario sminuisce questi problemi e sembra avere timore di riconoscerli. Si osservi quanto risulta difficile per lui parlarne anche con lo psicologo. Egli suppone che gli altri non possano essere interessati a lui senza tornaconto.

In questo primo colloquio si lavora con Mario per far emergere con tatto le contraddizioni e i problemi presenti nella sua domanda nei termini appena esposti.

Mario riconosce la sua tendenza a corrispondere alle attese degli altri e a tenere dentro di sé i propri problemi. Entra in contatto con l'angoscia per il tumore, che è cosa diversa dalla depressione. Afferma di preferire il ruolo di colui che scherza sempre rispetto ai problemi. Esprime la sua preoccupazione per il decorso della malattia, che cerca di non lasciare trasparire perché segno di fragilità. Piange. Inizia a vedere i suoi problemi, poi tende nuovamente a minimizzare, asserendo che è inutile capire i problemi se non si è capaci di risolverli da solo.

Il caso di Mario è rappresentativo di quelle domande nelle quali non compaiono sintomi. Il reparto ospedaliero, organizzato attorno al paradigma medico diagnostico, deve ipotizzare la probabilità d'insorgenza di sintomi depressivi per legittimare l'invio al CSM, percepito quale servizio sanitario che tratta psicopatologie. L'associazione scontata tumore-depressione impedisce l'ascolto dei vissuti di Mario e ostacola la rilevazione dei problemi emotivi.

È stato affermato che predisporre una psicoterapia strutturata quale risposta automatica avrebbe accentuato in Mario compiacenza e passività. L'intervento sarebbe stato poco utile e risorse preziose sarebbero andate sprecate. Al contrario, analizzare le sue modalità di presentarsi al Servizio disvela un problema nodale: nei contesti relazionali nei quali è coinvolto, è difficile per lui esprimere ciò che sente, preferisce controllare la relazione tramite la compiacenza. Leggere la domanda attraverso la diagnosi rischia di occultare problemi importanti di convivenza.

Un'ottica centrata sull'individuo non consente di percepire quanto i problemi e la domanda di Mario siano interrelati a contesti di convivenza collusivi e problematici. Se ne possono citare alcuni: il reparto che ignora i suoi vissuti e propone una relazione in cui il paziente delega e il tecnico decide; la sorella che fa pressione dicendo a Mario cosa deve fare; nell'ambiente di lavoro, dirigenti e colleghi che si approfittano della sua paura di esprimere le proprie esigenze.

La domanda di Mario è il punto d'arrivo finale di contesti di convivenza critici in cui più soggetti sono emozionalmente coinvolti in modo problematico. La psicologia clinica si propone quale competenza ad analizzare le simbolizzazioni affettive presenti nella domanda e, in questo caso, nella triade individuo/ambiente di convivenza/ Servizio (Vari, 2014).

Lo psicologo clinico interrompe i sistemi collusivi problematici, non raccogliendo la delega proposta dal Reparto Oncologico. In alternativa, propone a Mario l'esplorazione dei suoi vissuti e la riflessione sul senso della sua richiesta, per giungere ad una ridefinizione condivisa del suo problema. In tal modo egli inizia ad avvertire che è possibile esprimere emozioni ed essere accettati. Inoltre, l'individuazione dei problemi emotivi fa emergere una domanda in Mario e un progetto di lavoro attorno ad essa. In questo modo il dilemma tra un'accettazione acritica della delega e il rifiuto del paziente per assenza d'indicazione al trattamento è superato.

La domanda nasconde eventi critici che hanno messo in crisi l'equilibrio relazionale preesistente. Nel caso di Mario la malattia lo aveva confrontato con intensi vissuti emotivi, nuovi e inquietanti, lui che abitualmente aveva uno scarso contatto con le proprie emozioni fin quasi a negare problemi e angosce. Non andare al lavoro aveva destrutturato il modo di organizzare le sue relazioni e il proprio tempo.

La competenza psicologico clinica intercetta le simbolizzazioni affettive e le fantasie collusive presenti nell'attualità degli eventi critici e dei contesti di convivenza entro cui si sviluppano. Ciò consente, in una cornice di scarsità di risorse, di concordare interventi più circoscritti e più sostenibili. L'obiettivo dell'intervento non necessariamente deve prevedere un radicale e ideale cambiamento dei tratti di personalità di Mario. Può mirare, invece, ad implementare competenze utili a trattare con più efficacia il problema che si è venuto a creare in questa fase della sua esistenza.

### ***Area malattie mentali e casi complessi***

Nell'area delle domande inerenti alle malattie mentali il ruolo della psicologia clinica nel Centro di Salute Mentale è, per certi versi, storicamente più marginale. La fase istitutiva della relazione è di solito organizzata dallo psichiatra intorno al trattamento farmacologico. Se interviene, lo psicologo clinico opera in una fase successiva, magari chiamato ad occuparsi dei familiari, oppure per interventi sul singolo paziente qualora accessibile ad una psicoterapia. Tuttavia, questo intervento si rivela poco efficace a causa della complessità delle situazioni cliniche, della presenza di massicci agiti, di setting inevitabilmente mobili e discontinui e della presenza simultanea di molti soggetti che partecipano o sono investiti dal problema.

Si cercherà di mostrare che l'utilizzo delle tradizionali tecniche psicoterapiche – psicoterapia familiare inclusa – non sono sufficienti a trattare efficacemente le questioni sollevate dall'intervento per i casi

complessi. Si ritiene, invece, che nei fenomeni collegati alla malattia mentale la psicologia clinica possa offrire un notevole contributo se proposta, come illustrato per l'area dei disturbi emotivi comuni, quale competenza che interviene sulle simbolizzazioni affettive che si generano nel sistema individuo/ambiente di convivenza/servizi. La psicologia clinica può giocare un ruolo determinante, se in grado di mettere in campo modelli teorico clinici efficaci in setting differenti da quelli tradizionalmente duali. Nell'intervento per la malattia mentale diviene centrale porre il focus sulle prospettive di lettura e sulle modalità organizzative del Servizio. La psicologia clinica può fornire modelli teorico clinici che vanno oltre l'individuo e la famiglia. Gli operatori del Centro di Salute Mentale si sentono spesso sopraffatti dall'impegno richiesto dagli utenti con malattia mentale, dai loro familiari e da situazioni istituzionali complicate. Nell'intervento per i malati mentali accade di frequente che nel Servizio si attivi la fantasia di un'affiliazione definitiva del paziente, che spesso si traduce in una cronicizzazione della relazione terapeutica e nello smarrimento degli obiettivi. La relazione terapeutica è istituita attraverso agiti automatici, che sottintendono una cultura medico diagnostica. Con questa tipologia d'utenza, simili agiti danno origine a relazioni terapeutiche ripetitive e inefficaci, a fronte di notevoli risorse messe in campo. A ciò si aggiunga che nel Servizio si riproduce un'emozionalità angosciata e inquietante che sollecita sistemi procedurali standardizzati che rivestono la funzione di una rassicurante barriera difensiva. Tali sistemi richiedono molte risorse e si dimostrano poco efficaci nel promuovere sviluppo riguardo ai problemi di convivenza che si attivano alla presenza della malattia mentale. A seguire sarà illustrato un caso clinico di un soggetto cosiddetto non collaborativo.

### *Caso clinico Carlo*

Carlo è un ragazzo di 25 anni, figlio unico che vive con i genitori. Trascorre le giornate isolandosi nella sua stanza. Non lavora e non ha amici. Il rapporto con i genitori è conflittuale oppure, per lunghi periodi, quasi assente. Nelle fasi più critiche egli rifiuta qualsiasi contatto anche con i genitori, isolandosi nella sua stanza e mangiando di notte. Le rare comunicazioni all'interno delle mura domestiche avvengono tramite sms telefonici. Carlo vive in una stanza che è in subbuglio e sporca, a volte fa i suoi bisogni nella stanza. Nell'appartamento è presente un odore sgradevole. I genitori riferiscono comportamenti che assomigliano a quelli di un essere primitivo, bestiale. Allorquando i familiari cercano un contatto, lui reagisce con fastidio e parolacce. L'aggressività è limitata a minacce verbali, talvolta è agita verso oggetti.

Carlo vive con i genitori in un appartamento nell'edificio di proprietà dei genitori materni, che vivono al piano inferiore. Il padre ha un negozio di parrucchiere. La madre insegna in una scuola elementare privata.

Carlo è stato ricoverato più volte tramite TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), sempre in seguito a lunghi periodi durante i quali viveva isolato nella sua stanza, assumendo atteggiamenti molto primitivi. In passato dopo un ricovero, oltre al trattamento farmacologico, è stato effettuato un trattamento psicoterapeutico dallo psicologo dell'SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Ospedaliero). Questi ha riferito che Carlo, sebbene vivesse il trattamento farmacologico e psicoterapeutico come obbligato, è stato inizialmente collaborativo, forse una collaborazione dettata dal timore di nuovi ricoveri.

Il CSM interviene in quanto chiamato all'ennesimo ricovero coatto. Durante il ricovero, il collega psichiatra chiede il supporto dello scrivente, in qualità di psicologo clinico. Avvengono incontri con gli operatori del Reparto Ospedaliero (psichiatra e psicologo clinico). Durante tali incontri si registra l'insistenza del Reparto Psichiatrico in favore dell'inserimento di Carlo in una Comunità Residenziale, nonostante la sua decisa opposizione. Sostengono che non vi sia altro modo di trattare il paziente, data la precedente storia clinica e il fallimento che n'è derivato. Gli operatori del Reparto cercano di convincere gli operatori del CSM della bontà della loro proposta, e li sollecitano a persuadere Carlo. Anche il padre insiste per la Comunità, la madre è ambivalente. Va precisato che l'organizzazione dipartimentale prevede che il Centro di Salute Mentale sia il luogo d'elaborazione del progetto terapeutico e della continuità della presa in carico, mentre nel Reparto Ospedaliero è effettuata una parte specifica e limitata nel tempo dell'intervento.

Carlo rifiuta la Comunità, tuttavia è disposto a collaborare e partecipare nuovamente ai colloqui psicologico clinici. Sin dal primo giorno del ricovero diventa più collaborativo e disposto al dialogo. Minimizza i suoi problemi e sostiene di non fare niente di male. Lui si sente incline a vivere in questo modo, mentre gli altri vogliono costringerlo ad essere come loro desiderano. Associa gli operatori dei servizi ai poliziotti.

Si osservi quanti soggetti partecipano a questa situazione clinica: Carlo, la sua famiglia, il Reparto Psichiatrico Ospedaliero, il Centro di Salute Mentale, l'eventuale Comunità Residenziale, i servizi sanitari e gli interventi terapeutici occorsi nella sua storia clinica. Tutti questi soggetti interagiscono tra loro; si avrà occasione di rilevare quanto sarà cruciale comprendere con quali simbolizzazioni affettive inconsce. La psicologia clinica può essere utile se è in grado di offrire modelli teorico clinici competenti ad analizzare e trattare tali dinamiche affettive. Queste si declinano in un campo che, sia sul piano fenomenico sia su quello del significato clinico, non è riconducibile esclusivamente all'individuo e alla famiglia. Sono dinamiche che

implicano le simbolizzazioni affettive tramite le quali i vari soggetti, compresi i vari servizi coinvolti, organizzano le relazioni cliniche e il proprio intervento.

La situazione clinica è caratterizzata da un braccio di ferro tra gli operatori del Reparto Ospedaliero, Carlo e i suoi familiari. Il Reparto pensa a Carlo come uno psicotico che ha bisogno di cure, i familiari ritengono che un ragazzo non possa vivere in questo modo, che deve cambiare. All'opposto, egli afferma di stare bene e di voler vivere così.

Non appena il CSM interviene, è inglobato dentro questo braccio di ferro in atto e invitato a schierarsi.

In questa fase d'istituzione della relazione clinica è fondamentale che il Centro di Salute Mentale non si lasci irretire in agiti associati alle fantasie collusive presenti nel contesto. Viceversa, tramite appropriate categorie teorico cliniche, occorre pensare le dinamiche affettive in atto.

Nella domanda dei familiari è presente la fantasia di affidare al Servizio un potere normativo che loro non sono in grado di assumere. L'SPDC recepisce e agisce la domanda dei genitori, rispecchiandola in modo lineare. Si sollecitano gli operatori del CSM ad agire lo stesso ruolo.

È evidente che sotto il profilo diagnostico Carlo gravita nell'area dei disturbi psicotici, anche se mantiene un discreto contatto con la realtà e si mostra disponibile a discutere e ad ammettere problemi. Va rilevato, tuttavia, che in tutte le occasioni in cui è stato agito il desiderio di cambiare e curare Carlo, la situazione è finita in un vicolo cieco. Nel periodo successivo ad ogni ricovero in SPDC, Carlo ha una fase in cui collabora, ma solo per tenere a bada servizi e genitori. Dopo di che torna ciclicamente a ritirarsi, con la convinzione che coloro che vogliono cambiarlo siano persecutori non rispettosi delle sue scelte di vita.

Il perseguimento dell'obiettivo della cura, tipico dei modelli medico diagnostici, si traduce in una relazione di potere e obbligatoria, che provoca in Carlo una reazione speculare d'opposizione e contropotere. Per giunta, un simile atteggiamento conferma a Carlo le sue fantasie persecutorie di essere controllato, allontanandolo dal riconoscimento dei propri limiti e dei propri problemi.

Una volta comprese tali dinamiche s'interviene con i familiari e con gli operatori dell'SPDC proponendo le ipotesi appena descritte. Si fanno notare i precedenti fallimenti delle relazioni incentrate su persuasione e obbligo. Si chiarisce che l'inserimento in Comunità richiede il consenso, non può essere coatto e per tale ragione non è percorribile nei modi che loro immaginano. Si propone di lavorare con i genitori e Carlo sui problemi della loro convivenza, per capire insieme come affrontarli. Gli operatori dell'SPDC continuano a manifestare disaccordo con questa posizione, Carlo e i familiari sono interessati e accettano. Allo stesso tempo ci si accorda per il proseguimento della terapia farmacologica, che Carlo accetta con molta retrosia, col concorso ambivalente dei genitori.

Attraverso quest'intervento gli agiti ripetitivi e fallimentari dentro la famiglia e nella relazione con gli operatori dell'SPDC sono interrotti. Gli operatori del CSM precisano che non intendono spingere qualcuno ad essere ciò che non vuole. Si tratta di un'azione che avviene quale conseguenza dell'analisi delle simbolizzazioni affettive in atto. Azione che cambia gli assetti relazionali dei soggetti coinvolti, rendendo inevitabili processi di riorganizzazione che mobilitano nuove simbolizzazioni affettive reciproche. Si tratta d'azioni che hanno una valenza interpretativa, tuttavia non incentrate sulla verbalizzazione – come avviene nell'interpretazione tradizionale (Carli & Panizza, 1981; Cremerius, 1985,1991; Odgen, 1994/1999; Vari, 2014).

La definizione del problema e il focus del lavoro sono spostati dall'individuo – la psicosi e i tratti disturbati di Carlo da curare – alle dinamiche affettive concernenti la convivenza entro la famiglia. Carlo ha l'opportunità di percepire tale novità. Egli, pur ammettendo dei problemi, non ritiene che siano così importanti. Pensa al proprio modo di vivere come ad uno stile di vita, un'inclinazione che genera problemi unicamente a causa dell'ambiente circostante che non tollera la sua diversità. Al momento, convincerlo a pensare altri punti di vista non è possibile. Viceversa, Carlo non può negare che le relazioni con i propri genitori e con i suoi nonni sono burrascose e parecchio problematiche, e non può evitare di cimentarsi con tali problemi, dato che convive con la sua famiglia. Prospettando la questione in questi termini, Carlo può riconoscere l'esistenza di problemi da trattare.

È di notevole interesse rilevare che l'approccio adottato permette l'emergenza di una domanda in un paziente non collaborativo, problema cruciale nel trattamento dei casi complessi nel CSM.

Il Reparto Ospedaliero, fautore di una cultura terapeutica di stampo psichiatrico, non può che accettare la nostra posizione, tuttavia si colloca in un atteggiamento di sfida sarcastica sui risultati che il CSM riuscirà a conseguire. Atteggiamento questo, capace di attivare, nelle fasi successive, agiti collusivi e triangolazioni con i familiari.

Nei colloqui Carlo mostra intelligenza, lucidità sorprendente nei ragionamenti e potenziali risorse. I colloqui con la presenza contemporanea di Carlo e dei genitori consentono di comprendere meglio le dinamiche affettive e la

posizione contraddittoria e ambivalente di tutti i membri della famiglia, così come la difficoltà reciproca e vedere l'altro e la prevalenza di fantasie di possesso e controllo. Il lavoro su questi temi rasserena il clima familiare e ognuno sembra scoprire dentro di sé maggiori competenze relazionali. Dopo tale percorso si comincia ad affrontare il tema del lavoro, considerando la possibilità che Carlo si riattivi per cercarlo. Torna ad aiutare il padre che ha un negozio di parrucchiere, seppure svogliatamente. S'impegna poco e afferma di non gradire quel lavoro. Appare disinteressato al guadagno. Lo fa solo per accontentare i genitori. Carlo ha studiato alla scuola alberghiera e l'unica sua esperienza lavorativa è stata uno stage in un ristorante di fama nazionale, abbandonato dopo un mese perché si sentiva sfruttato. Nei colloqui emerge che il lavoro non è sentito da Carlo quale strumento di realizzazione e di progettazione del proprio futuro.

In concomitanza con l'analisi delle questioni inerenti al lavoro, prende unilateralmente la decisione di interrompere la terapia farmacologica, con la complicità ambivalente dei genitori. Dopo alcune settimane decide di non venire più ai colloqui clinici.

Si prosegue il lavoro con i genitori. Non passa molto tempo che la situazione familiare precipita nuovamente e si riproducono i problemi di sempre. Carlo litiga col padre e non va più a lavorare nel suo negozio, si ritira nella propria stanza e comunica con la madre solo tramite sms. Il padre, in preda al vissuto d'impotenza, torna a chiedere l'inserimento forzato in Comunità, alleandosi con gli operatori del Reparto Ospedaliero che rinforzano la sua richiesta. Questi ultimi possono finalmente dimostrare che l'impostazione "non curativa" del CSM non poteva che esitare in un fallimento. Per gli operatori dell'SPDC Carlo è troppo furbo, giacché collabora e poi, sistematicamente, ti fa fallire.

Il Reparto Ospedaliero, collusivamente con i genitori, agisce la fantasia di esercitare un potere su Carlo, percepito come furbo e capace di fregarti. Il Reparto nega i limiti dati dalla mancanza di strumenti in grado di obbligare Carlo all'inserimento in Comunità. Il CSM è percepito come ingenuo e alla mercé di Carlo. Entro relazioni simbolizzate in termini di potere e di controllo sull'altro, anche la collaborazione tra SPDC e CSM è simbolizzata quale scontro competitivo; la fantasia soggiacente è quella di non farsi fregare. È evidente che simili agiti non possono che favorire in Carlo la fantasia di essere controllato, utilizzata dentro di sé come un alibi per non riconoscere i suoi problemi e per mantenere un assetto autoreferenziale e onnipotente.

Nel frattempo si pone un nuovo dilemma. Carlo è di nuovo chiuso nella sua stanza, non pone problemi emergenziali, non è aggressivo, ma vive in modi primitivi e in un ambiente sudicio. I genitori stanno male in questa situazione, il padre chiede un intervento coatto, la madre frena. La relazione tra Centro di Salute Mentale e Carlo è stata impostata sul rispetto delle sue scelte. Un nuovo intervento in TSO avrebbe fatto simbolizzare anche gli operatori del CSM come figure obbligate e controllanti. In aggiunta, si pone un'altra questione: il ricovero coatto si attua in caso di pericolo per sé e per gli altri, oppure è legittimato da un medico che decide se il soggetto non è in grado di tutelare sé stesso, e se fare scattare l'obbligo di cura? Tale domanda rimanda al passaggio dalla malattia mentale considerata come un problema d'ordine pubblico – ossia sociale – alla malattia mentale trattata come una patologia, e quindi competenza sanitaria. La stessa normativa, contraddittoriamente, prevede garanzie per il malato per tutelarlo dal possibile abuso medico, cui si attribuisce il potere di decidere chi deve essere curato. Il tema è molto delicato sul piano etico e su quello clinico, proprio in ragione delle dinamiche affettive di potere e controllo che si attivano e provocano, come nel caso di Carlo, cortocircuiti e impotenza.

Continua il lavoro insieme ai genitori. È condivisa con loro la necessità di un atteggiamento fermo nei confronti del figlio, come risposta alla sua rottura unilaterale dei patti convenuti dopo l'ultimo ricovero. Nonostante questa consapevolezza, i genitori non sono in grado di porre confini agli atteggiamenti dispotici del figlio. L'atteggiamento da loro assunto verso Carlo rimane incentrato sulla lamentela e sulla contestazione del suo modo di vivere, innescando in lui reazioni d'irritazione e aggressività verbale. Prosegue l'analisi delle fantasie collusive che si attivano nella famiglia riguardo alla chiusura di Carlo. Emerge che Carlo, contestualmente al rifiuto d'ogni relazione con i familiari, accampa pretese che sono puntualmente soddisfatte dalla madre. Per esempio, tramite sms ordina alla madre gli alimenti che lui desidera mangiare.

Le fantasie onnipotenti del figlio sono, di fatto, avallate dai genitori che si sentono impotenti. Come risposta al vissuto d'impotenza, i genitori immaginano di attivare un presunto potere medico sanitario in grado di porre confini al figlio, attraverso un potere obbligante e curativo che solo i Servizi possono assumere.

È sempre più chiaro che la posizione assunta da Carlo risulta sostenibile sul piano di realtà solo nella misura in cui è presente un ambiente circostante che la consente. Egli non vive in modo autistico, ma è parte di un sistema familiare da cui è totalmente dipendente e che, nonostante lui tratti male, gli consente persino gli alimenti preferiti. La sua dipendenza dai familiari è così corrisposta dai genitori al punto che Carlo può negare la fragilità della sua posizione. Egli afferma di voler vivere in questo modo, ma non riconosce i suoi limiti: in assenza di un proprio lavoro, di un proprio reddito e, soprattutto, di un progetto di sviluppo dipende totalmente dai genitori. Carlo agisce la fantasia onnipotente di poter stabilire a suo piacimento le regole del

gioco della convivenza familiare. Ciò è reso possibile dal fatto che i genitori agiscono, a propria volta, la fantasia d'imporre le proprie regole del gioco. In tal modo la costruzione e il rispetto delle regole del gioco condivise non possono avvenire. Tutti i membri della famiglia sono presi in conflitti e tensioni, ma sono orientati a mantenere uno status quo imperniato sull'indifferenziazione.

La rilevazione di queste dinamiche affettive consente di trovare una strategia d'uscita rispetto all'antinomia tra l'assenza d'intervento, lasciando la situazione invariata, e un intervento in TSO.

Occorre smettere di trattare Carlo come un individuo malato o anormale, da curare o correggere, rispecchiando la sua fantasia di essere controllato. Qualora si trattasse la questione come problema di convivenza, le cose cambierebbero radicalmente.

Il problema di convivenza, che ha dato origine alla domanda d'intervento al CSM, può essere formulato nei termini che seguono: Carlo può vivere come vuole, a patto di organizzarsi autonomamente tramite un lavoro e uno spazio abitativo proprio. La situazione attuale è, all'opposto, di dipendenza totale dai suoi familiari, con i quali rifiuta ogni relazione e ai quali cerca d'imporre le proprie regole del gioco. Tale contraddizione genera continue tensioni e malessere, che Carlo può tollerare nella misura in cui i genitori, irretiti in scontate lamentele, gli assicurano la possibilità di continuare a stare in tale posizione.

Insieme ai genitori si discutono le ipotesi appena esposte. Questi ultimi si rendono conto della natura delle relazioni in cui sono coinvolti. Si lavora con loro con l'obiettivo d'interrompere gli atteggiamenti collusivi e di esplorare altre modalità relazionali. In conseguenza all'interruzione dei loro atteggiamenti complicità era ipotizzata una crisi dell'assetto familiare attuale, con prevedibili momenti di forte tensione nelle relazioni tra loro. Carlo sarebbe stato costretto a riorganizzarsi. A titolo d'esempio: se Carlo ordinava gli alimenti preferiti, i genitori potevano rifiutare di comprarli, dato che il figlio rifiutava ogni rapporto con loro. Per lo stesso motivo, potevano rifiutare la richiesta di denaro per riparare il computer.

Si cerca di condividere con i familiari l'obiettivo di mettere il figlio nella condizione di percepire i suoi limiti, i costi e il disagio del vivere in siffatto modo. Avrebbe potuto generarsi una crisi nel loro sistema di convivenza che avrebbe legittimato un intervento del CSM finalizzato a coinvolgere Carlo senza cadere nella trappola della patologia da curare. Per come delineato, l'intervento psicologico clinico non mira ad indirizzare Carlo verso un modo d'essere che si pensa più giusto, più sano, più maturo. L'intervento, attraverso una trasformazione delle simbolizzazioni affettive reciproche, si pone l'obiettivo di favorire l'emersione dei grandi problemi nei quali Carlo s'imbatte, a cominciare dalla sua difficoltà a riconoscere i limiti presenti nel contesto di convivenza e la necessità di misurarsi con l'altrui l'esistenza.

Tale proposta, sebbene accolta e compresa molto lucidamente, è vissuta con molta angoscia dai genitori. Sentono di essere cattivi, hanno la paura di una risposta violenta di Carlo, temono un incremento della tensione familiare, che potrebbe divenire troppo faticosa e ingestibile. È garantita loro l'attivazione del pronto intervento, anche tramite TSO, qualora si generino situazioni critiche, ma le rassicurazioni non bastano. Durante il lavoro intorno a questi timori i genitori, con oscillazioni continue, si aggrappano a vari escamotage pur di non assumere nuove posizioni nella relazione col figlio. Hanno sentito parlare di un virus che sarebbe all'origine delle psicosi e ci propongono di convincere Carlo a fare le analisi del sangue. Un altro escamotage è messo in atto dalla madre che preferisce illudersi: sostiene che il figlio si sta attivando intorno ad un supposto progetto di lavoro; progetto che lei non può riferirci, in quanto Carlo vuole che rimanga un segreto tra loro.

La cultura della segretezza appartiene alla famiglia originaria della madre e ricorre spesso nella relazione fusionale tra madre e figlio. In questo caso Carlo cerca di sedurre la madre col progetto di lavoro che deve rimanere un segreto tra loro. Cerca di dividere i genitori, neutralizzando il loro tentativo di cambiamento, frutto del lavoro portato avanti insieme al CSM. Riguardo al segreto, è utile riferire un intreccio che descrive bene le dinamiche relazionali presenti in questa famiglia. Carlo ha da tempo un ottimo rapporto con lo zio paterno e con il cugino, tuttavia insieme alla madre decide di nascondere i suoi problemi ai parenti. Madre e figlio impongono al padre l'obbligo di tenere il segreto. Il padre assicura che i parenti non sanno nulla. In realtà ha rivelato tutto. Lo zio, la zia e il cugino, pur sapendo, recitano con Carlo e sua madre la parte di coloro che non sanno nulla. Viene alla mente il gioco di finzioni delle commedie shakespeariane, nelle quali tutti sanno e nessuno deve sapere, e dove le relazioni sono orientate unicamente a controlli reciproci.

Questo lavoro, nonostante le difficoltà, consente ai genitori di modificare in modo significativo alcuni atteggiamenti collusivi. In conseguenza di ciò Carlo inizia ad essere più instabile e nervoso, reagisce con arroganza, accampa nuove pretese e diventa minaccioso non appena i genitori si oppongono alle sue richieste. Nel mezzo di tali trasformazioni il padre scopre di avere un tumore al cervello. I colloqui con i familiari sono diradati, fino ad arrivare ad una sospensione richiesta dai genitori stessi. Il padre morirà nel giro di pochi mesi. Carlo, che vive nella sua stanza, continuerà a non avere rapporti con lui e non andrà al suo funerale. La morte del

padre dà origine ad un peggioramento della convivenza familiare. Seppure molto debole, scompare l'argine che il padre garantiva, e Carlo diventa sempre più pretenzioso, arrogante e minaccioso nei confronti della madre e dei nonni. In tale contesto, Carlo arriva ad un acting out aggressivo nei confronti del nonno perché si era opposto ad una sua pretesa. Il CSM organizza una visita domiciliare, ma Carlo rifiuta ogni contatto. Si concorda con i familiari un nuovo ricovero ospedaliero coatto. Il TSO è motivato a Carlo come atto di necessità dettato dall'ingovernabilità della convivenza con i familiari, anche in ragione del suo atteggiamento dispoitico e indisponibile al dialogo.

Nei precedenti TSO il ricovero avveniva nel presupposto che Carlo fosse malato e che fosse necessario curarlo, anche contro il suo volere. Questa volta, il ricovero coatto è motivato da un incidente – l'agito aggressivo – che legittima l'intervento degli operatori del Centro di Salute Mentale in modo diverso rispetto al passato, ossia come intervento in un contesto di crisi della convivenza. In ogni intervento il Servizio ha assunto una posizione rispettosa nei confronti del modo di essere di Carlo; posizione che si è mantenuta coerente anche in questa circostanza. La procedura obbligatoria è scattata perché Carlo, messo in crisi da un cambiamento dei familiari nei suoi confronti, ha agito provocando un incidente nel contesto di convivenza. Il problema può essere descritto nei termini seguenti: per Carlo vivere come desidera significa ignorare gli altri e stare in una posizione onnipotente e autoreferenziale. Tale atteggiamento produce nel contesto familiare reazioni a catena che diventano problematiche anche per lui. Il lavoro con i genitori ha creato i presupposti per un incidente, inteso come evento critico nel contesto. L'obiettivo era di promuovere uno sviluppo in una situazione ingessata dalle reti collusive presenti nel sistema, e di consentire che Carlo s'implicasse nuovamente nel lavoro attorno ai problemi di convivenza. L'approccio adottato è agli antipodi del modello diagnostico.

Durante il ricovero in SPDC è riproposto il tema dell'inserimento nella Comunità Terapeutica, a cui Carlo nuovamente si oppone. Il Reparto cerca di convincerlo e subito dopo risponde alla sua opposizione minacciando di toglierli temporaneamente la capacità d'intendere e volere per poterlo obbligare all'inserimento in Comunità. Carlo si sente ricattato. La madre appare confusamente in bilico tra le ragioni del figlio e le proposte del Reparto.

Gli operatori del Reparto – psicologi clinici inclusi – sono abbagliati, entro la cultura medica e psichiatrica, dal potere curativo che viene loro affidato. Il lavoro del CSM mirava a confrontare Carlo con i limiti e con i fallimenti che si generano quando la realtà e l'alterità sono negate. Piuttosto che alla sua patologia, l'interesse era rivolto a problemi emotivi che si producevano tra lui e il contesto, quando si rifugiava in fantasie autoreferenziali e nell'illusione onnipotente. Era importante che Carlo potesse comprendere il modo in cui i suoi genitori avevano partecipato alle sue fantasie autoreferenziali. La complicità collusiva avveniva nel momento in cui i genitori mostravano di non essere in grado di stabilire limiti alle pretese di Carlo, come pure quando si ostinavano a volerlo diverso, ignorando i suoi vissuti emotivi. All'opposto, la posizione dell'SPDC oscurava il percorso faticosamente avviato e offriva a Carlo il pretesto per alimentare la rappresentazione dell'altro in termini persecutori. Simili fantasie persecutorie consentivano a Carlo la negazione dei problemi e la protezione dal confronto con i limiti e con l'alterità. Il rifiuto dell'altro era legittimato dal suo statuto di persecutore, che il Reparto Ospedaliero rischiava d'incarnare di fatto.

Il confronto sulla posizione degli operatori del Reparto è molto difficile. Agiscono per conto loro, convinti della propria azione. Ogni tentativo di pensare diversamente è irrisolto. Il CSM pensa che vada evitata la possibilità che Carlo percepisca l'eventuale inserimento in Comunità quale esito costrittivo di un potere sanitario.

Si discute con i familiari della questione e si propone loro di assumere una posizione nuova: comunicare al figlio che non potevano al momento riprenderlo in casa, in ragione delle ripetute e inconcludenti crisi di convivenza in famiglia.

A questo punto il CSM avrebbe proposto la Comunità come una possibilità, oppure Carlo avrebbe dovuto pensare ad una soluzione alternativa. I familiari, con grande apprensione, accettano. Comprendono che tale presa di posizione può rivelarsi un modo efficace di affrontare il problema e di promuovere positivi sviluppi. Per ogni evenienza il Servizio assicura ai genitori la presenza e il supporto costante. È concordato di presentare insieme – madre, nonni e il CSM – la proposta a Carlo.

Questo intervento promuove una funzione genitoriale volta a stabilire fermamente confini, motivandone il senso. Il CSM evita l'assunzione di funzioni genitoriali sostitutive, che impedirebbe il cambiamento delle relazioni familiari. L'atteggiamento fermo dei familiari permette a Carlo di sperimentare i suoi limiti e di percepire il costo pagato quando l'altro è negato.

Per la prima volta Carlo si trova messo di fronte ad un problema di realtà: nessuno lo obbliga a seguire una direzione specifica, è lui che deve scegliere liberamente se inserirsi nella Comunità Residenziale oppure trovare altre soluzioni, dato che a casa dei familiari non può tornare. La Comunità non è proposta in modo

obbligante o tramite la minaccia della sospensione della capacità d'intendere e volere, ma quale realistica possibilità di risolvere il problema dell'alloggio. Allo stesso tempo – in coerenza alla definizione della situazione quale problema di relazione col contesto di convivenza - la Comunità è presentata come uno spazio nel quale vi è l'opportunità di sperimentare i problemi che si originano nella convivenza e d'incrementare la propria competenza a comprenderli ed affrontarli.

Come prevedibile, Carlo reagisce alla proposta con rabbia e opposizione. Accusa la madre di aver ceduto agli operatori del CSM. Minaccia di andare a fare il barbone. Seppure angosciati, la madre e i nonni mantengono la posizione, sostenuti dal CSM. Nei colloqui clinici, fatti con la presenza di Carlo e dei familiari, si ripercorre il senso di ciò che è accaduto e si prospetta lo sviluppo in atto come costruttivo e ricco di nuove opportunità. Carlo continua ad opporsi, ma compaiono momenti nei quali, rendendosi conto dei problemi, concorda col CSM. A tratti sembra poter pensare alla Comunità come un'esperienza utile. Compare una maggiore consapevolezza delle sue fantasie onnipotenti, come pure dei limiti esistenti nella relazione con i familiari, con il Servizio e, in generale, nel contesto che si è venuto a creare. Può riconoscere che ci sono problemi da affrontare. Ciononostante, momenti di consapevolezza si alternano a fasi più regressive, soprattutto alla presenza della madre, con la quale cerca continuamente un'alleanza, basata sulla reciproca attrazione di una relazione fusionale tesa a vanificare l'accordo stabilito col CSM.

In conclusione Carlo opta per l'inserimento in Comunità, ma precisa che non collaborerà.

Alla prima riunione in Comunità è presente anche il CSM. Carlo riafferma la sua posizione non collaborativa: per lui la Comunità è una prigioniera. Gli operatori della Comunità cercano di convincerlo degli aspetti positivi della vita comunitaria. Viceversa, gli operatori del Centro di Salute Mentale non sono interessati a modificare il vissuto negativo di Carlo verso il soggiorno in Comunità, ma lo rispettano, precisando che nessuno lo obbliga a rimanerci. Ricordano a Carlo che il suo inserimento in Comunità è il prodotto di un contesto problematico, esitato in una presa di posizione dei familiari che, in assenza di cambiamenti, non sentono di poter convivere con lui. La Comunità è una scelta da lui adottata in virtù della presa d'atto del nuovo assetto familiare, in altri termini in conformità ad un vincolo di realtà.

Nella fase iniziale Carlo è lasciato libero di non collaborare alla vita comunitaria, pur rispettando alcune regole basilari. Gli viene comunicato che, se preferisce, può stare per conto suo e, se vuole, può passare il tempo a guardare le pareti. Carlo appare disarmato da questi interventi.

Gli operatori della Comunità ripropongono l'ennesimo atteggiamento persuasivo verso Carlo. Provano a convincerlo che la Comunità è utile in quanto lui deve cambiare e curarsi. Carlo si oppone a tale posizione e ribadisce di non essere disponibile alla collaborazione. L'intervento degli operatori del CSM ridefinisce la questione nei seguenti termini: Carlo ha la libertà di esprimere i suoi vissuti e assumere le posizioni che ritiene opportune. Avrà la possibilità, in seguito, di verificarne l'utilità. La Comunità non gli piace, ma non ha altre realistiche opzioni. Dato che deve starci, egli può decidere se utilizzarla costruttivamente oppure no. Carlo è messo di fronte alle responsabilità delle sue scelte. I limiti e la condizione in cui si trova non sono quelli imposti da un persecutore che lo vuole controllare, ma s'iscrivono nella storia dei problemi di convivenza con i suoi familiari; problemi che hanno indotto questi ultimi alla decisione di non riprenderlo in casa con loro, in assenza di sviluppi e cambiamenti. L'intervento psicologico clinico del CSM pone Carlo di fronte alla sua libertà di scelta, lo priva dell'alibi di un nemico dietro il quale nascondersi e lo confronta con i limiti della realtà, favorendo una riorganizzazione delle sue simbolizzazioni affettive.

Dopo alcuni giorni, nei quali non partecipa alle attività comunitarie, e dopo il fallimento dei tentativi di seduzione verso la madre per convincerla a riprenderlo in casa, Carlo prepara la sua valigia e minaccia di andare a fare il barbone davanti il cancello della casa della madre. Il CSM e la Comunità intervengono per analizzare il senso di questo agito e per sostenere i familiari, scongiurando il cedimento al ricatto. Allo stesso tempo, assieme a Carlo si analizzano i vissuti e le dinamiche contestuali che hanno attivato tale agito. Questo lavoro esita nell'abbandono del suo proposito di uscire dalla Comunità e segna l'inizio della sua partecipazione alla vita comunitaria, nella consapevolezza che può essere più utile viverla costruttivamente e imparare qualcosa.

Da allora sono passati alcuni mesi e Carlo è ben inserito. Ha vissuto esperienze relazionali inaspettate e ha potuto avvertire il piacere dell'essere valorizzato dagli altri, dai pazienti come dagli operatori. Ha sperimentato il piacere dell'amicizia. Ha cominciato a prendersi cura dei problemi di convivenza che si presentano e ad analizzarli insieme agli operatori della Comunità e nei colloqui con gli operatori del CSM. Infine, ha riconosciuto che la Comunità è un'esperienza di convivenza utile a costruire competenze che gli mancano. Il lavoro col CSM prosegue, con colloqui con lui e anche alla presenza della madre. Si analizzano insieme i problemi di convivenza che si sviluppano nella sua vita comunitaria. Una volta a settimana passa una giornata in famiglia e non si chiude più nella sua stanza. Frequenta una palestra per conto proprio e, talvolta, si vede fuori della Comunità con un amico conosciuto in SPDC. Le relazioni in famiglia sono molto più serene.

Tali cambiamenti portano a prospettare in termini nuovi la sua permanenza in Comunità e ad immaginare ulteriori sviluppi, anche se ricchi d'incognite.

Si pensa a come preparare la fine del percorso in Comunità. Si lavora con Carlo alla costruzione, durante la sua permanenza in Comunità, di uno spazio terzo attraverso la ricerca di un impiego. S'ipotizza che lo sviluppo di uno spazio terzo, posto tra quello della Comunità e quello della famiglia, possa costituire un argine al pericolo di un possibile movimento regressivo al momento del ritorno in famiglia.

## **Conclusioni**

Negli interventi clinici appena descritti, il problema presente nella domanda è affrontato attraverso differenti approcci:

- Il paradigma medico psichiatrico. Esso fonda l'intervento sulla diagnosi e sulla cura. In questo caso il trattamento mira alla cura dell'individuo designato. Il problema è definito tramite categorie psicopatologiche, entro una polarità sanità/malattia. Entro questo modello s'iscrivono la psichiatria e molte tecniche psicoterapiche.

- Il paradigma psicologico clinico. Esso, a differenza del precedente, si occupa dei problemi relazionali entro i contesti di convivenza. Il focus è messo sulle simbolizzazioni affettive che si producono nella relazione tra individuo e contesto, e l'obiettivo del trattamento mira a sviluppare maggiori competenze emozionali in tutti i soggetti che prendono parte al contesto.

Nel caso di Carlo l'apporto della psicologia clinica è stato determinante. Con tutti i soggetti protagonisti è stato cruciale ridefinire costantemente le questioni presenti come problemi di convivenza. Questo ha consentito d'interrompere i pattern relazionali ripetitivi e fallimentari tra individuo/famiglia/servizi sanitari. Si può fare l'ipotesi che Carlo abbia sentito di essere irretito entro contesti relazionali vissuti come controllanti, rispetto ai quali le uniche vie d'uscita erano rappresentate dall'oporsi simmetricamente, oppure dal chiudersi nel proprio mondo.

L'adozione e la messa in atto in modo scontato della fantasia di curare e del modello diagnostico determina il rigetto e l'opposizione di Carlo.

La competenza della psicologia clinica a leggere le simbolizzazioni affettive presenti tra i vari soggetti in campo offre chiavi d'intervento che generano nuovi e interessanti sviluppi. In aggiunta, la psicologia clinica, per come proposta in questo scritto, assume un significativo rilievo nel recupero d'efficienza e d'efficacia dell'azione clinica dei servizi di salute mentale. Si pensi allo sperpero di risorse che si produce in servizi sanitari presi in dinamiche emozionali ripetitive, che esitano nell'inconcludenza e nel senso d'impotenza. Dinamiche contrassegnate da un accanimento interventista che gira su sé stesso e pare non trovare mai fine.

È utile rimarcare che proprio nell'area delle domande inerenti alla malattia mentale la psicologia clinica, storicamente meno rilevante rispetto alla psichiatria, può assumere un ruolo centrale quale disciplina competente ad affrontare le difficoltà e i problemi che si presentano nell'intervento per i casi complessi nei servizi di salute mentale. Si osservi come l'approccio messo in atto nel caso descritto sia stato in grado di promuovere positivi sviluppi in situazioni ingessate da anni. Di fronte a situazioni cliniche che generano un senso d'impotenza l'analisi competente della relazione individuo/ambiente di convivenza/servizi permette, entro i limiti consentiti dal contesto, di trovare nuove strade e utili sviluppi.

La psicologia clinica, tramite modelli teorici della relazione individuo/contesto, interviene con la competenza ad analizzare la domanda. (Carli & Paniccia 2003; Carli, 2016). Essa si occupa dell'analisi delle simbolizzazioni affettive e delle dinamiche relazionali tra individuo/ambiente di convivenza/servizi. L'intervento mira a promuovere sviluppo in tutti i soggetti protagonisti della situazione critica. Si persegue l'obiettivo della comprensione e del cambiamento delle simbolizzazioni affettive, al fine di far emergere nuove competenze affettive e relazionali, che siano più efficaci nell'affrontare i problemi presenti nella domanda.

Infine, un cenno al concetto d'integrazione. Quale significato attribuire a tale concetto, peraltro molto utilizzato, quando si ha a che fare con la malattia mentale? Integrare significa promuovere relazioni fondate sulla conoscenza e sulla contaminazione reciproca, a partire dalla rispettiva diversità. In tutti i contesti di convivenza, e in particolare dove è presente la malattia mentale, s'innescano dinamiche affettive basate su vissuti emotivi complicati e intensi, che rendono ardui i processi d'integrazione. Ci si può chiedere se perseguire l'obiettivo della cura, come mostrato nei casi clinici descritti, equivalga ad integrare.

Scorciatoie umanitarie, semplificazioni cliniche e approcci riduttivi non promuovono il processo d'integrazione. Viceversa, la psicologia clinica può favorire percorsi d'integrazione, tramite un'analisi competente dei problemi relazionali che originano da simbolizzazioni affettive inconsce reciproche contrassegnate dalla negazione delle differenze.

## **Bibliografia**

- Carli, R. (2016). I fondamenti teorici dell'intervento psicologico clinico [Theoretical foundations of the psychological clinical intervention]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica 1*, 4-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of organizations and institutions]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of the demand: Theory and technique of the clinical psychologist's intervention]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of the mental health centers in Italy]. Milano: Franco Angeli.
- Cremerius, J. (1985). *Il mestiere dell'analista* [The job of the analyst] (A. Cinato, trans.) Torino: Bollati Boringhieri.
- Cremerius, J. (1991). *Limiti e possibilità della tecnica psicoanalitica* [Limits and possibility of the psychoanalytic technique] (C. Spinoglio, Trans.) Torino: Bollati Boringhieri.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1993). Disturbi emotivi comuni. [Common emotional disorders]. Roma: Il Pensiero Scientifico (Original work, *Common mental disorders: A bio-social model*, published 1992).
- Ministero della Salute (2016). *Rapporto salute mentale: Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2015*. Retrieved from <http://www.salute.gov.it>.
- Odgen, D. (1999). *I soggetti dell'analisi* [Subjects of Analysis] (S.Giannetti, P. Leoni, Trans.) Milano: Masson. (Original work published 1994).
- Vari, R. (2011). Intervento psicologico breve e nuove domande nel centro di salute mentale [Short term psychological intervention and new demands in the Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica 1*, 102-120. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Vari, R. (2014). Centro di Salute Mentale: La relazione individual/ambiente di convivenza/Servizio nell'intervento clinico per le malattie mentali. [Mental Health Center: The relationship individual/social coexistence milieu/Service in the clinical intervention for mental illness]. *Rivista di Psicologia Clinica 1*, 154-185. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Vari, R. (2014). Riflessioni e interrogativi intorno agli strumenti clinici e ai setting d'intervento psicologico utilizzabili in presenza di disabilità [Reflections and questions about the clinical tools and the setting of psychological intervention used in presence of disability]. *Quaderni della Rivista di psicologia Clinica, 2*, 74-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>