

Psychotherapy in contexts: What relationship between Mental Health Services and their users' demands? Report of a clinical intervention in a Mental Health Center

Alberta Mazzola

Abstract

This paper aims to explore methodological issues concerning the practice of psychotherapy and, in particular, what functions psychotherapy can play when provided in Mental Health Services. The author draws on the debate about the role of Mental Health Services in meeting users' and community's requests. In this perspective, it is described the clinical intervention offered to Maria, a woman who turned to a Mental Health Center. Maria was treated by a trainee specializing in psychoanalytic psychotherapy based on the Analysis of demand. Therefore, the intervention starts by focusing on the request expressed by Maria, highlighting elements in common with other users' demand, in order to investigate social expectation about Mental Health Services.

Keywords: mental health services; social demand; technical culture; organizational competence; desire.

Alberta Mazzola, Psychologist, Specialist in "Psychoanalytic Psychotherapy, Clinical Psychology and Analysis Of Demand". E-mail: albertamazzola@gmail.com

Mazzola, A. (2018). Psicoterapia nei contesti: Quale rapporto tra il mandato dei servizi di salute mentale e le domande ad essi rivolte? Resoconto di un intervento in un CSM [Psychotherapy in contexts: What relationship between Mental Health Services and their users' demands? Report of a clinical intervention in a Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 66-84. doi: 10.14645/RPC.2018.1.716

Psicoterapia nei contesti: Quale rapporto tra il mandato dei servizi di salute mentale e le domande ad essi rivolte? Resoconto di un intervento in un CSM

Alberta Mazzola

Abstract

Nell'articolo si propone il resoconto di un intervento in cui si esplorano questioni metodologiche connesse all'esercizio della psicoterapia nei contesti.

Si tratta del resoconto di un'esperienza di lavoro in un Centro di Salute Mentale (CSM) di una Azienda Sanitaria Locale (ASL) romana, che si colloca entro un'esperienza di tirocinio di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica fondata sull'Analisi della domanda.

Con questo scritto si intende portare un contributo alla discussione circa la funzione della psicoterapia nel contesto dei servizi salute mentale e della funzione di questi servizi in rapporto alle domande ad essi rivolte entro il contesto in cui operano.

Lo scritto resoconterà un intervento effettuato con una donna, Maria, che si è rivolta al CSM, per poi ripensare il rapporto tra questa domanda e le altre incontrate da chi scrive entro la collaborazione con il CSM, al fine di tracciare ipotesi rispetto al mandato sociale di cui queste situazioni possono essere considerate come indizi.

Keywords: servizi di salute mentale; mandato sociale; cultura della tecnicità; competenza organizzativa; desiderio.

·Alberta Mazzola, psicologa, specialista in “Psicoterapia psicoanalitica, Intervento Clinico ed Analisi della Domanda”.
E-mail: albertamazzola@gmail.com

Mazzola, A. (2018). Psicoterapia nei contesti: Quale rapporto tra il mandato dei servizi di salute mentale e le domande ad essi rivolte? Resoconto di un intervento in un CSM [Psychotherapy in contexts: What relationship between Mental Health Services and their users' demands? Report of a clinical intervention in a Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 66-84. doi: 10.14645/RPC.2018.1.716

La fase istituyente la relazione con il CSM

Per presentare l'intervento portato avanti con Maria è necessario recuperare alcune premesse, resocontando la fase istituyente la relazione con il CSM, relazione che organizza l'intervento stesso.

La relazione con questo CSM si colloca entro il tirocinio per la scuola di specializzazione in "Psicoterapia psicoanalitica, Intervento Clinico ed Analisi della Domanda" che ho frequentato.

Come arrivo a questo CSM? È utile fare un passo indietro, recuperando alcune premesse relative alla mia storia di rapporto con i Servizi e alla storia specifica del CSM, entro la più ampia storia dei servizi di salute mentale in Italia. Tali premesse orientano la relazione con l'organizzazione e l'intervento che in rapporto a questa si sviluppa.

Entro la proposta teorica cui faccio riferimento¹, l'intervento individua obiettivo e metodo nel pensare le emozioni evocate dalla relazione con il contesto, altrimenti agite entro la relazione stessa. In altri termini si tratta di pensare le fantasie con cui arrivo al tirocinio e alle simbolizzazioni emozionali che connotano i rapporti con l'organizzazione, utilizzandole come indizi della dinamica collusiva² che si va organizzando.

La mia storia con i Servizi e la storia dei servizi di salute mentale

Nell'ambito del mio percorso di specializzazione, tra il 2015 e il 2016, ho avuto l'occasione di svolgere un precedente tirocinio presso un Centro Diurno per diagnosi psichiatriche della stessa ASL romana. Quell'esperienza è stata preziosa per cominciare ad esplorare la cultura ed il funzionamento organizzativo dei servizi di salute mentale. Tra le varie questioni incontrate, alcune hanno contribuito a orientare il mio interesse verso una successiva esperienza di tirocinio presso un CSM, contribuendo a organizzarne l'esperienza stessa.

Al Centro Diurno ho lavorato principalmente con utenti in carico da anni ai servizi di salute mentale e con alcuni nuovi utenti. In entrambi i casi, nel loro modo di presentarsi e partecipare alle attività del Centro, risultavano centrali i vissuti collegati alla storia di rapporto con i Servizi, storie che principalmente iniziano in rapporto a un CSM o comunque si sviluppano in rapporto a questo. Ho cominciato quindi a incuriosirmi rispetto al CSM, interessata a esplorarne le funzioni entro il più ampio contesto dei servizi di salute mentale. Riprendiamo la definizione che il Ministero della Salute fornisce sul proprio sito ufficiale: "Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche"³.

Questa definizione propone una duplice declinazione del mandato del CSM, cui corrispondono specifiche configurazioni degli utenti che organizzano specifiche tipologie di intervento. Ricapitolando, il CSM viene identificato come:

1. *primo riferimento per i cittadini con disagio psichico;*
2. *il Servizio che coordina interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini con patologie psichiatriche.*

In riferimento al primo punto, il CSM in quanto "centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico" esercita un'importante funzione nell'accogliere la domanda che cittadini rivolgono al Servizio rispetto al *disagio che vivono*.

La singola persona, con la sua decisione soggettiva, definisce il suo stato come normale o patologico. Il medico interviene soltanto nei casi ove la soggettività dell'individuo arriva alla decisione di consultarlo. La diagnosi medica, quindi, è secondaria a una sorta d'importante diagnosi soggettiva dell'individuo che si costituisce quale malato [...]. Per il cittadino è questo "proclamarsi" come soggettivamente malato, quale risposta alla sofferenza, che avvia ogni dimensione simbolica del rapporto con la sanità. [...] Questa trasformazione dell'assenza di

¹Si veda in proposito Carli & Panizza (2003).

²Il riferimento qui è al costrutto di collusione, con il quale si identifica la dinamica emozionale che organizza le relazioni sociali. Relazioni sociali che sono originariamente connotate a partire dalle simbolizzazioni affettive delle relazioni stesse e del contesto, da parte di chi quel contesto condivide (Carli & Panizza, 2011).

³Si veda in proposito www.salute.gov.it

assenza del dolore, in presenza di malattia, definita diagnosticamente, segna profondamente la relazione tra cittadino e sistema sanitario (Carli et al., 2016, pp. 38 - 39)⁴.

Ci si definisce portatori di un disagio, a partire da una definizione soggettiva. Una definizione che si costruisce a partire da fantasie condivise e costruite entro relazioni con contesti. Il CSM è l'organismo che per conto del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), della ASL, della Regione, fino a risalire al Ministero della Salute, ha il mandato di incontrare ed accogliere le richieste dei cittadini. Il CSM è il Servizio entro cui i cittadini istituiscono la relazione con i Servizi, relazione entro cui si organizzano fantasie e vissuti che connotano la diagnosi soggettiva del disagio vissuto e che organizzano il *diventare utenti* o meno e come. Connotazione non indifferente, per gli utenti così come per i Servizi stessi, connotazione che organizza la simbolizzazione emozionale del rapporto tra essi e l'intervento nel tempo.

Il secondo punto della definizione proposta attribuisce al CSM il mandato di coordinare nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Il problema che convoca l'intervento, in questa declinazione del mandato, non riguarda più il *disagio psichico*, ma le *patologie psichiatriche*.

La malattia mentale rompe l'accordo tra simili, in quanto il malato mentale non ha coscienza del proprio stato. Il malato mentale, contrariamente al malato tradizionale della medicina, non va dal medico di sua volontà (Carli et al., 2016, p. 38).

Come scrivevo, a una specifica definizione di problema si risponde con uno specifico dispositivo di intervento. Possiamo ipotizzare che il riferimento sia, in questa declinazione del mandato, a cittadini che arrivano al CSM come utenti di altri servizi sociali o sanitari, con diagnosi di patologia psichiatrica. Entro questa configurazione, il CSM ha il mandato, in altre parole, di farsi carico per l'utente del rapporto con gli altri servizi del DSM per organizzare il piano terapeutico e monitorarne l'andamento.

Partecipando alla vita organizzativa del Centro Diurno, ho incontrato diversi eventi critici che evidenziavano problemi di coordinamento tra Servizi del DSM, i quali sembravano far fatica a parlarsi. Mi riferisco a situazioni dove sembrava difficile coordinare gli interventi rispetto a utenti o famiglie vissuti come problematici, dove un Servizio rimandava la responsabilità dell'intervento ad un altro o dove ricorsivamente si assisteva a una "fuga di informazioni" rilevanti rispetto al procedere degli interventi, che comportavano un gravoso rallentamento delle attività produttive. I problemi di coordinamento, che incontravo partecipando al Centro Diurno, contribuivano a orientare il mio interesse verso un'esplorazione del CSM, organizzazione investita del mandato di coordinamento tra Servizi.

Facevo riferimento all'esperienza presso il Centro Diurno, un'organizzazione differente rispetto al CSM. Il Centro Diurno è definito come una struttura semiresidenziale con funzione terapeutico-riabilitativa che accoglie utenti che, inviati dai Centri di Salute Mentale, vivono uno stato di disagio o difficoltà relazionali tali da necessitare di un'*assistenza quotidiana continuativa*, pur mantenendo un legame con il contesto familiare e sociale. Il Centro Diurno si pone come luogo di *cura* idoneo ad accogliere i bisogni degli utenti e a favorire percorsi formativi, attuando *interventi per l'attivazione ed il miglioramento, negli ospiti, delle capacità relazionali, sociali e di gestione della vita quotidiana*⁵.

Centro Diurno e CSM si configurano come due organizzazioni diverse, che perseguono scopi diversi, che incontrano richieste e problemi diversi, rispetto a cui organizzano un diverso tipo di intervento, caratterizzandosi con specifiche culture locali e specifici rapporti tra membri dell'équipe e tra questi e utenti.

Intendevo esplorare le funzioni di *accoglienza* e *coordinamento* attribuite al CSM e fantasticavo, rispetto a queste funzioni, un'organizzazione complessa che mi sembrava interessante conoscere. Nelle mie fantasie tale complessità organizzativa si accompagnava all'immagine di un posto vivissimo, pieno di persone, di incontri, di confronti su problemi riscontrati nel lavoro. Questa immagine contrastava con quella che mi andavo creando tramite la lettura di diversi resoconti di colleghi che svolgevano il tirocinio presso diversi CSM, dove invece non riuscivo a immaginare altro che stanze per i colloqui.

Al Centro Diurno, i corridoi e la stanza degli operatori erano luoghi di incontri e rapporti, tra chi lavorava per il Centro e tra questi e gli utenti. La differenza tra le fantasie sui due contesti può essere considerata un indizio di specifiche culture locali⁶ che andavo incontrando. Tornerò approfonditamente su questo punto.

⁴Corsivo mio.

⁵Si veda in propositowww.asl-rme.it

⁶Con cultura locale si intende l'insieme delle modalità di rapporto proprie di uno specifico contesto. Si fa riferimento, con questo al funzionamento organizzativo e sociale quale risultante del processo simbolico affettivo, originato dal modo di essere inconscio della mente (Carli & Paniccia, 2011).

Mi avvicino al tirocinio presso un CSM interessata a un'esperienza di lavoro, entro cui esplorare i diversi problemi che gli utenti portano al CSM e a come l'organizzazione identifica il mandato sociale a essa rivolto, attrezzandosi per rispondere ai problemi che le vengono posti.

Nell'approcciarmi al CSM penso all'organizzazione come *cliente interno*⁷ da conoscere, con cui collaborare rispetto a interventi rivolti ai *clienti esterni* del CSM, i cittadini che si rivolgono a esso e gli utenti del Servizio. "Non mi muovo nel vuoto", penso, ma in un pieno di rapporti entro cui si sviluppano le richieste di occuparmi di interventi. Questi interventi si svolgono entro spazi condivisi, entro procedure di cui l'organizzazione si dota, entro storie di rapporti con gli utenti, entro contesti di lavoro caratterizzati da una propria cultura locale che organizza i rapporti interni al CSM e di questo con gli utenti. Mi approcio all'organizzazione pensando che questi sono aspetti da esplorare e avere a mente.

Ero interessata, in particolare, a svolgere il tirocinio presso uno specifico CSM, uno dei CSM di riferimento del Centro Diurno che avevo precedentemente frequentato, nell'ipotesi di approfondire questioni già incontrate in relazione alla specifica cultura di quella ASL e alle richieste che si sviluppano entro il rapporto tra quei servizi di salute mentale e quello specifico territorio di competenza. In particolare, si trattava di un CSM che avevo già cominciato a conoscere, sia tramite i rapporti con esso intrattenuti dal Centro Diurno, che tramite i resoconti di alcuni colleghi della scuola specializzazione, che nel tempo avevano svolto lì i loro tirocini formativi. Il CSM quindi aveva già una storia di rapporto con la scuola di specializzazione, committente del mio tirocinio formativo, e che aveva anche una propria storia, in relazione alla più ampia storia dei servizi di salute mentale in Italia.

Può essere utile ricontestualizzare il discorso rispetto all'attuale organizzazione dei Servizi dedicati a occuparsi della salute mentale e al percorso che ha portato alla loro attuale configurazione.

Riprendendo quanto propone il sito⁸ dell'ASL presso cui ho svolto il tirocinio, l'Azienda Sanitaria Locale *ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva*, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo ai cittadini i livelli essenziali di assistenza, definiti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, attraverso l'organizzazione e la gestione di *servizi e prestazioni preventive, di cura e riabilitative*.

L'Azienda considera la salute mentale area fondamentale d'intervento nella quale coniugare capacità di *cura e capacità di inclusione sociale*. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa dell'Azienda a tutto ciò preposta e svolge attività di *prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione* del disagio psichico, dei disturbi e delle disabilità psichiatriche in base a quanto previsto dalla DGR Lazio 8/2/2000 n. 236.

Il Dipartimento di Salute Mentale è un complesso di strutture sanitarie tra loro integrate che accolgono, valutano e trattano i principali disturbi mentali della popolazione dall'età di 14 anni in poi. Il DSM offre un ampio ventaglio di risposte *preventive, curative, riabilitative e sociali* attraverso la definizione di un progetto terapeutico personalizzato alla cui realizzazione contribuiscono psichiatri, psicologi, infermieri e assistenti sociali che lavorano in modo integrato. Le strutture che compongono il DSM sono: Il Centro di Salute Mentale (CSM) che rappresenta il polo ambulatoriale per la iniziale presa in carico dell'utente dai 25 anni in su;

- Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) che costituisce il polo ospedaliero specializzato per il trattamento delle emergenze e delle crisi acute;
- Le strutture residenziali terapeutico-riabilitative che funzionano sulle 24 ore (SRTR) dedicate al trattamento a medio e lungo termine dei casi gravi;
- Le strutture residenziali socio-riabilitative che funzionano sulle 12 ore (SRSR) dedicate a pazienti che hanno raggiunto un buon grado di autonomia;
- Il Centro Diurno (CD) che promuove attività risocializzanti;

⁷Per cliente esterno s'intende, nell'ambito di una organizzazione, colui che fruisce del prodotto-servizio dell'organizzazione stessa: nel caso del CSM il cliente esterno è dato dai pazienti, dai familiari, dalle altre strutture del sistema sanitario in rapporto con il Servizio. Per cliente interno s'intendono quelle componenti, interne all'organizzazione che fruiscono del lavoro di altre componenti per svolgere la propria funzione. Nel caso del CSM, per esempio lo psicologo che esegue una psicodiagnosi ha come suo cliente interno lo psichiatra che imposta la strategia di cura; l'assistente sociale che individua le risorse familiari o del contesto del paziente, ha quale cliente interno lo psichiatra o l'infermiere che tratta con i familiari dei pazienti (Carli & Paniccia, 2011, p. 157).

⁸Si veda in propositowww.asl-rme.it

- L'assistenza domiciliare programmata (ADP) che punta a rendere gli utenti sempre più competenti nella gestione della propria vita all'interno delle loro abitazioni.

Ho evidenziato in corsivo i richiami agli scopi che la ASL identifica, che orientano i dispositivi messi in atto per perseguirli e rispondere al mandato sociale di cui si sente investita. Ricapitolando:

1. promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva;
2. cura e capacità di inclusione sociale;
3. accoglienza, valutazione e trattamento dei principali disturbi mentali.

Sono definizioni che presentano delle differenze rispetto all'oggetto di intervento individuato: "salute individuale e collettiva" e "disturbi mentali" non sono la stessa cosa. Se "disturbo mentale" evoca un problema dell'*individuo*, "salute individuale e collettiva" richiama un problema che riguarda anche una dimensione sociale, che convoca *relazioni e contesti di convivenza*. Una differenza rilevante che implica differenti ipotesi sul mandato sociale e sull'organizzazione di dispositivi atti ad intervenire, utilizzando paradigmi, metodologie e strumenti diversi, organizzando diverse culture del lavoro e del rapporto con chi si fa portatore del problema.

Di cosa ci parla questa differenza? Può essere utile storicizzare lo sviluppo dei dispositivi deputati a occuparsi della salute mentale, dal manicomio all'attuale definizione dei servizi di salute mentale.

Negli anni Sessanta, Settanta e primi anni Ottanta si assiste alla crisi del sistema manicomiale in Italia, parallelamente all'affermazione di una cultura egualitaria che condanna profondamente ogni atto istituzionalizzato di emarginazione della diversità. In quegli anni la psichiatria del territorio si sforza di realizzare il reinserimento del malato mentale entro il contesto di provenienza. Si parla di operatore unico, in quanto psichiatri, infermieri, assistenti sociali, psicologi, tutti gli operatori della salute mentale sono impegnati nell'attività del reinserimento; reinserimento voluto ideologicamente ma per la cui realizzazione manca una tecnica pensata e formalizzata, quindi un apporto differenziato delle varie professioni. La tensione ideologica prende il posto della tecnicità professionale.

Dalla metà degli anni Ottanta e sino a quasi tutti gli anni Novanta, all'azione di reinserimento si affianca e progressivamente si sostituisce l'attività psicoterapeutica. Psicoterapia rivolta alla nuova utenza (i cosiddetti disturbi emotivi comuni) come anche, nei limiti del possibile, all'utenza psichiatrica tradizionale. La psicoterapia tende, sempre più accentuatamente e specificamente, a curare (ma anche a creare con le sue categorizzazioni) specifici disturbi definiti tramite la nosografia psichiatrica del DSM.

Si assiste così a un chiaro ritorno alla tecnicità, questa volta non più psichiatrica ma psicoterapeutica. In questo affermarsi dell'azione psicoterapeutica, presso gli operatori della salute mentale, predominano progressivamente le tecniche cognitive su quelle psicoanalitiche e sistemiche relazionali. Perché la psicoterapia? Nel momento in cui viene meno la tensione ideologica al reinserimento, emerge chiaramente come il reinserimento stesso non sia fondato su una teoria della tecnica scientificamente fondata. Il reinserimento, infatti, comporta un intervento entro una relazione, quella tra malato mentale e famiglia in primis; ma concerne anche quella relazione di convivenza entro la quale si struttura e si evidenzia ciò che chiamiamo, poi, malattia mentale (Carli & Paniccia, 2011, p. 67).

Con le parole di Carli e Paniccia, introduco qui il riferimento alla cultura della tecnicità⁹, una cultura che incontrerò in diverse declinazioni nel corso di questa esperienza di tirocinio. Riprenderò più avanti questo punto.

La ricerca del tirocinio è già tirocinio

La fase istitutiva il rapporto con questa ASL prima dell'avvio formale del tirocinio durerà all'incirca 4 mesi. La ricerca del tirocinio è già tirocinio, scrivevo. Prima dell'avvio formale del tirocinio ho speso mesi tra la ricerca di un ente dove svolgere il tirocinio e la produzione di documenti necessari al suo avvio. In questa fase, ho avuto modo di entrare in contatto con diversi enti dell'organizzazione ASL e con i suoi problemi, problemi raccontati e posti anche nel rapporto con me come possibile tirocinante, problemi cui è possibile guardare come indizio della cultura organizzativa che andavo incontrando. Entro questa proposta

⁹Con cultura della tecnicità ci si riferisce a quanto proposto entro la letteratura organizzativa come la tecnica che privilegia su tutto la propria stabilità. Tecnica che richiede un contesto invariante come tutela dell'applicabilità della tecnica stessa (Carli & Paniccia, 2011).

metodologica, per dar senso al rapporto con l'organizzazione e con i suoi clienti, è centrale avere a mente la cultura locale dell'organizzazione, così come le proprie fantasie rispetto al tirocinio e, in particolare, rispetto al tirocinio entro quella organizzazione specifica. Propongo questi aspetti come centrali in quanto orientanti le relazioni entro cui l'intervento si delinea.

La fine del precedente tirocinio al Centro Diurno e l'inizio di quello al CSM si collocano in un momento particolare per questa ASL che è nel pieno di una riorganizzazione aziendale, come tutte le ASL laziali nel 2017. Una riorganizzazione che porta all'accorpamento di diverse ASL e ridefinisce ruoli e funzioni dei Servizi e delle risorse ad essi assegnate. Un processo lungo, che porta a una ridefinizione di obiettivi dei Servizi, dei rapporti tra questi, e tra questi e gli utenti. Si verificano spostamenti di personale e di dirigenti, contrazioni del numero dei volontari e tirocinanti, revisioni di procedure interne. Appaiono procedure nuove o in via di definizione, come quelle che ho seguito per l'attivazione del tirocinio, che sembrava si fosse terrorizzati di trasgredire, proponendo un rimandare aspetti problematici da un ufficio all'altro, entro un rallentamento angosciato dei processi produttivi.

Ho impiegato circa 2 mesi ad incontrare diversi uffici, al fine di produrre la documentazione necessaria. Ho così vissuto un rito di passaggio lungo e pesante per essere ammessa a prender parte alla vita produttiva dell'organizzazione ASL.

Grazie a questo essere rimandata da un ufficio all'altro, però, ho avuto l'occasione di incontrare diverse componenti dell'ASL: ufficio formazione, ufficio protezione rischi, ufficio badge, responsabili tirocini, responsabili DSM, responsabili CSM, responsabili Centri Diurni.

Entro questi incontri ho ritrovato un costante rimando ai cambiamenti apportati dalla riorganizzazione aziendale, vissuta come produttrice di caos e di scarsità di risorse.

Ripenso alla telefonata con la referente per i tirocini della ASL, che contatto poiché sono interessata ad avviare un tirocinio presso un CSM. Nel corso della telefonata, dopo avermi parlato della disperazione che viveva in rapporto alle risorse, percepite come scarse e in via di ulteriore erosione, mi suggerisce di cambiare ASL, poiché "anche i tirocini sono bloccati" e rischio di aspettare anni.

Come si capisce, questa telefonata non si colloca nella fase di produzione della documentazione dopo l'accordo con il CSM per un tirocinio, ma nella fase precedente, quella della ricerca di un ente interessato a collaborare entro un progetto formativo.

Dopo qualche mese dalla precedente telefonata, ricontatto la referente della formazione, che scoprirò essere stata sostituita. Mi risponde al telefono G. il nuovo referente, uno psichiatra che lavora in un altro CSM di quella stessa ASL, un CSM diverso da quello per cui avevo telefonato. Lo psichiatra mi chiede del mio interesse per il tirocinio presso un CSM, gli racconto della precedente esperienza presso un Centro Diurno di quella ASL e del desiderio di un'esperienza presso un CSM, di come io lo immagino come un'organizzazione complessa che mi interessa conoscere, sia in rapporto alla funzione di coordinamento tra Servizi, sia in rapporto a quella di accoglienza della nuova utenza. G. mi parla di altre questioni che incontra, con interventi tramite l'utilizzo del gruppo e di visite domiciliari, e mi dice del suo interesse a un confronto su questo, proponendomi di pensare a un progetto formativo presso il CSM dove lui lavora. Prendiamo un appuntamento. Attacco il telefono e provo a utilizzare come indizio lo stupore che provo rispetto alla domanda di G., inattesa se penso ai precedenti scambi avuti con diverse componenti della ASL, che sembravano prese dall'angoscia del "si salvi chi può" ed evocavano in me fantasie del tipo: "non dare fastidio, che qui già stiamo provando a tenere insieme i cocci". Mi era stato comunicato che non c'erano risorse da investire su altro che non fosse quanto strettamente necessario alla sopravvivenza dell'organizzazione; i tirocini non pareva fossero vissuti come una risorsa utile, ma come un ulteriore problema di cui farsi carico. Resto sorpresa da quella telefonata al punto da pensare "meno male che mi ero chiesta perché mi interessa un tirocinio al CSM". Questo mi aveva permesso di uscire dalla scontatezza dei rapporti che si stava istituendo, o, in altri termini, di fare altro che colludere con i miei interlocutori, e di accorgermi che mi veniva fatta una proposta.

Scrivo di questo passaggio poiché mi è sembrato un'interessante indizio della cultura a cui stavo iniziando a partecipare: entro i vissuti di emergenza sembra difficile dedicare risorse a progettare futuro, a pensare investimenti, tra cui anche i tirocini. I vissuti di emergenza schiacciano sull'immediato, su un presente senza futuro, l'agire organizzativo, privandolo della possibilità di pensarsi e di progettare sviluppi possibili. Entro l'emergenza che non pensa sviluppo le risorse sono vissute come date, quindi scarse nel significato di insufficienti e non nel senso di limitate, e in definitiva predabili, dunque da tutelare. I vissuti di angoscia e i timori di catastrofe incombente che si accompagnano a tali dimensioni culturali, organizzano anche le fantasie rispetto ai rapporti, a partire da quelli interni all'organizzazione stessa, vissuti anch'essi non come risorse ma ulteriori problemi da cui sgravarsi. Ritornerò più avanti su questo punto.

L'incontro con G. si delinea come un incontro di conoscenza, ci presentiamo nelle rispettive storie professionali e nelle attese rispetto a una collaborazione per un progetto di tirocinio. A partire dalla precedente esperienza di tirocinio presso il Centro Diurno, gli parlo del mio interesse a esplorare il CSM, e soprattutto mi propongo interessata a partecipare a diversi momenti della vita organizzativa, dagli interventi di accoglienza, a quelli che utilizzano il colloquio con singoli o il gruppo, alle visite domiciliari, alle riunioni d'équipe, proponendo queste ultime come momento prezioso per conoscere l'organizzazione. Chiedo a G. quali problemi incontri il CSM e come pensa io possa essere utile. G. condivide il vissuto delle risorse scarse, del personale sovraccarico di lavoro. Mi dice di avere in carico un centinaio di pazienti a settimana. Mi racconta del suo recente trasferimento a Roma da un'altra regione e della stanchezza che si accompagna a entusiasmo per le variegate situazioni che incontra e prende in carico. G. è interessato a condividere momenti di confronto sul lavoro e propone di svolgere la funzione di mio tutor.

Questo incontro mi sembra utile a condividere con G. un *obiettivo esplorativo* come base del progetto di tirocinio, per il quale cominciamo a predisporre la documentazione di avvio.

Con un obiettivo esplorativo, anche il metodo di lavoro è esplorativo: penso di procedere con l'individuazione di indizi utili a elaborare ipotesi sulle dinamiche in corso entro il CSM. Se tali ipotesi verranno formulate, saranno condivise e messe a verifica entro la relazione con i diversi interlocutori del CSM, in riferimento ai loro specifici ruoli e funzioni. L'intervento orientato da un obiettivo esplorativo è, per dirla con altre parole, un lavoro volto a rintracciare nessi, che comporta il riconoscimento di risorse e limiti contestuali, e che consente un'operazione di costruzione di senso solo entro i rapporti in cui domande e problemi si esprimono, entro una manutenzione costante delle relazioni, oggetto dell'intervento.

La funzione psicoterapeutica che propongo è quella che ho sviluppato entro il contesto del CSM. L'ho sviluppata in rapporto a clienti dell'organizzazione: ai clienti esterni, gli utenti portatori di domande emerse nei propri contesti di convivenza; ai clienti interni, i colleghi del CSM, con i quali si condivide l'obiettivo di sviluppare linee di intervento occupandosi delle domande poste dai clienti esterni.

Così, grazie alla documentazione da produrre per l'avvio del tirocinio, inizio a incontrare diverse componenti della ASL e del CSM stesso.

Incontro la guardia giurata, appena all'entrata dell'edificio dove al primo piano si trova il CSM, in un'ampia stanza vuota, dove ai bordi ci sono alcune poltrone e un ventilatore datato; lui guarda dei video su Youtube ad alto volume, ma è vigile nel controllare gli ingressi e smistare con gentilezza gli arrivi tra gli uffici ai due lati della stanza e al piano superiore.

Al primo piano si trovano le stanze per i colloqui con gli utenti e la sala dove si incontrano gli operatori. Lì incontro alcune delle infermiere che si occupano della segreteria, posta di fronte alla sala d'aspetto e spesso gremita di persone in attesa del proprio turno. In questo CSM nella periferia di Roma il tempo sembra sospeso.

Incontro un referente amministrativo, che mi accoglie con "oggi ho un mal di testa! Ciao, dimmi". La sua proposta suona come un diffidente "non dare fastidio, a prescindere da qualunque cosa tu voglia da me"; al tempo stesso fa simpatia la teatralità con la quale si propone. Prendendo sul serio la sua richiesta e trattandola ironicamente, come fosse un gioco in cui è possibile far davvero ma entro cui è possibile divertirsi, sviluppiamo un rapporto, entro cui questa persona diventa un'importante supporto per sbrigare le farraginose procedure amministrative necessarie ad avviare il tirocinio.

Ma qual era il problema incontrato nella produzione di documenti necessaria all'avvio del tirocinio? Diversi Servizi avrebbero dovuto parlarsi, coordinarsi, per produrre dei documenti a staffetta: dopo la firma e il timbro di un ufficio, un altro ufficio avrebbe potuto validare il documento successivo. Quindi, cosa che accadeva, senza la firma e il timbro di un certo ufficio, altri uffici non avrebbero proceduto a licenziare la documentazione richiesta. Tra le varie azioni che il referente amministrativo mette in atto a tal fine, vi è quella di sottoporre l'interruzione dell'iter burocratico al dirigente del DSM che ha l'ufficio in quell'edificio, chiedendogli suggerimenti sul da farsi. Il suo intervento si rivelerà prezioso, riuscendo a sbloccare l'intoppo amministrativo.

Questo mi permette anche di incontrare il dirigente del DSM; ci presentiamo nelle reciproche storie professionali, e scopro che conosceva bene la scuola di specializzazione che frequentavo, per precedenti collaborazioni con docenti e tirocinanti entro i Servizi in cui aveva lavorato. Parliamo della collaborazione che stiamo per avviare entro il CSM. Mi chiede cosa mi aspetto da quella esperienza di tirocinio, gli parlo di un obiettivo esplorativo: conoscere il CSM, nei diversi dispositivi atti a occuparsi, entro il mandato, delle domande degli utenti che ad esso si rivolgono. Propongo anche di partecipare alle riunioni d'équipe, individuandolo come momento prezioso per conoscere l'organizzazione con le sue culture locali, chi vi lavora, di quali questioni discute. Mi invita a partecipare a una riunione d'équipe che si sarebbe tenuta quel

giorno e alla quale stava per recarsi. Incontro in occasione di quella riunione diversi membri dell'equipe del CSM.

Parlando con G, il tutor, sembra che entro l'organizzazione non ci sia un organigramma definito, ma man mano appaiono diversi ruoli e funzioni. In questo CSM ci sono: 1 dirigente, che insieme ad altri 4 psichiatri si occupa di pazienti per interventi psichiatrici; 3 psicologhe che fanno colloqui e gruppi, e che si occupano del colloquio di accoglienza delle nuove richieste di intervento insieme alle infermiere; 4 assistenti sociali, che prendono in carico il paziente coordinando l'intervento del CSM con quello di interlocutori interni o esterni alla ASL, come altri servizi del DSM, il Municipio, la Polizia, i familiari, ecc.; 3 infermieri, che si occupano di distribuire i farmaci ai pazienti, di tenere i colloqui di accoglienza e di presidiare la segreteria, che ha pure una funzione di coordinamento con interlocutori interni ed esterni; 2 referenti amministrativi, che supportano il lavoro dei colleghi nelle dimensioni burocratiche e documentali.

È un'organizzazione complessa, dove i vari ruoli si occupano con le diverse competenze di pazienti che il CSM ha in carico e dei rapporti con altri interlocutori che i contesti di provenienza dei pazienti sollecitano. Le riunioni d'equipe vengono utilizzate come risorse, i partecipanti le utilizzano per parlare di problemi incontrati negli interventi; sono occasioni per coordinare il lavoro nel caso di pazienti che richiedono la collaborazione di più operatori, per coordinare i turni di lavoro, per discutere le nuove direttive della riorganizzazione aziendale. L'organizzazione sembra funzionare, ma anche sembra condividere con altri Servizi la sofferenza per le risorse assegnate, vissute come scarse in rapporto alla richiesta, problema che anche qui è vissuto come gravoso e boicottante il lavoro.

Inizio quindi a partecipare alla vita organizzativa del CSM con le riunioni d'equipe.

È dalla seconda riunione che il dirigente del CSM mi chiede di occuparmi di alcune richieste di nuovi utenti, che il Servizio ha incontrato per il colloquio di accoglienza. Scoprirò che questo evento risulta inconsueto rispetto all'abituale pratica dei tirocinanti in quel Servizio. Al momento della mia frequentazione al CSM vi sono altre psicologhe specializzande che svolgono il tirocinio lì, che non partecipano alle riunioni d'equipe, ma che incontro in segreteria o nella sala dedicata agli operatori. Le tirocinanti mi raccontano di essere impiegate in affiancamento nelle attività dei rispettivi tutor e di utilizzare il restante tempo, nei buchi di attività, per studiare testi per la scuola di specializzazione. Non sembrano viverci come risorse per l'organizzazione, né essere utilizzate dal CSM come tali. Il vissuto che rimandano è rintracciabile nell'espressione "beata te", che una di loro mi rivolge in riferimento al lavoro che sto svolgendo.

Ma che cos'è "beata te"? Di quale cultura parla e in che rapporto sta con la mia partecipazione alle riunioni d'equipe e con le richieste di intervento che l'organizzazione mi rivolge?

"Pienamente contento; Colui che per santità di vita è tenuto dalla Chiesa in luogo di salute, ma non ancora canonizzato per santo", suggerisce l'etimologia della parola "beato"¹⁰. L'evocazione della dimensione religiosa, di fede, non resocontabile, non verificabile, mi aiuta a recuperare, di contro, il molto lavoro, da parte di tutti, che ha permesso l'esprimersi di queste richieste; richieste che mi hanno reso "pienamente contenta" di potermi sentire utilizzata come risorsa entro il rapporto con l'organizzazione.

Per stare su questioni di metodo, mi pare utile sottolineare un aspetto apparentemente ovvio, ma spesso non pensato: le culture del lavoro organizzano anche le fantasie con cui lo psicoterapeuta propone la sua partecipazione nei contesti.

Entro la proposta teorica cui faccio riferimento, l'intervento ha l'obiettivo metodologico di pensare le simbolizzazioni emozionali vissute nei contesti cui si partecipa. In questo senso ha fatto parte del mio intervento pensare le fantasie con cui arrivo al tirocinio e i vissuti che connotano i rapporti con l'organizzazione, trattandoli come indizi della dinamica collusiva che si va organizzando nel rapporto con me, ma anche che caratterizza il CSM.

Ho pensato al tirocinio come occasione per formarmi alla psicoterapia grazie ad un'esperienza di lavoro entro un'organizzazione. Alcuni criteri mi hanno orientato sin dalle fasi di ricerca del tirocinio; tra questi è stato per me centrale il criterio di *competenza organizzativa*. Il riferimento è a una metodologia di intervento che configura il lavoro psicologico clinico entro un'organizzazione, pensandola come cliente interno dell'intervento. Un cliente da conoscere nelle sue dimensioni organizzative, ma anche nella sua dinamica emozionale, collusiva; quella per cui si è chiamati ad avere una competenza psicologico clinica. La *psicoterapia nei contesti* si delinea quindi come un modello che propone di pensare l'intervento psicoterapeutico come profondamente ancorato al contesto entro cui si colloca, dove il contesto non costituisce uno scenario o un elemento casualmente interveniente, o meno che mai disturbante, quanto una dimensione centrale che con i suoi limiti e le sue risorse consente di orientare e dar senso all'intervento psicoterapeutico stesso.

¹⁰Si veda in proposito www.etimo.it

Ipotizzo che proprio l'attenzione alle relazioni con i colleghi, cui guardavo come clienti interni, e la proposta di iniziare il tirocinio prendendo parte al momento in cui l'équipe si incontra e discute di questioni comuni, abbiano potuto veicolare il mio desiderio di conoscere quell'organizzazione in un modo che è stato percepito come utile non solo a me, ma anche al Servizio. Ipotizzo che se ne sia colto l'aspetto di attenzione alla manutenzione dei rapporti organizzativi, proposti come risorsa, e che ciò abbia costituito un'operazione inconsueta in un contesto specifico come il CSM. Il CSM infatti storicamente si organizza su una cultura della tecnicità, più attenta allo specifico prodotto del proprio intervento tecnico che non al contesto in cui tale intervento viene erogato. Nella sanità ciò si traduce in una cultura ambulatoriale che vede professionisti e tirocinanti psicologi che spesso hanno come modello ideale dell'intervento quello erogato nello studio privato, che si tenta di riprodurre nelle stanze dei colloqui, avendo chiuso fuori dalla porta il contesto del Servizio. Ipotizzo che iniziare il tirocinio proponendo di partecipare alla riunione di équipe, in particolare, abbia costituito un'azione interpretativa entro questa specifica cultura locale del CSM; un'azione che proponeva che per una tirocinante in psicoterapia era possibile guardare all'organizzazione e ai rapporti organizzativi come risorse e non come un limite alla propria formazione e alla propria pratica. Nello specifico, questa proposta veniva fatta in un momento in cui l'organizzazione era vissuta come un problema per il lavoro di tutti, in rapporto ai cambiamenti apportati dalla riorganizzazione aziendale.

Il caso di Maria

Entro il tirocinio, diversi interventi che ho portato avanti con utenti che si sono rivolti al CSM sembrano essere stati caratterizzati da dimensioni comuni. Presento il resoconto di un intervento che mi ha aiutato, in particolare, a cogliere aspetti interessanti nel rapporto tra il mandato sociale rivolto al Servizio, che organizza le richieste che a esso vengono rivolte, e la cultura locale del CSM, che si attiva per organizzare specifici dispositivi volti a occuparsi delle richieste che riceve. Mi soffermerò nel presentare il resoconto su questioni di metodologiche, che questo intervento mi ha aiutato a focalizzare.

La committenza

La richiesta di incontrare Maria mi arriva tramite una telefonata di L., una delle infermiere del Servizio che si occupa della segreteria, che mi contatta per conto dello psichiatra dirigente del CSM. Come scrivevo, avevo avuto modo di conoscere entrambi in occasione di diverse riunioni di équipe cui avevamo partecipato. L. mi telefona perché lo psichiatra chiede se voglio incontrare una signora "per farle una DES". Impiego un po' a capire di cosa L. mi stesse parlando, non conoscendo "la DES", che dopo qualche minuto capirò essere un test. L'andazzo da commedia degli equivoci diventa più evidente quando, dopo aver detto a L. che non conoscevo quello strumento, lei mi risponde "ah! E a me lo chiedi? La psicologa sei tu!". Mi dice di aspettare e passa il telefono ad una psicologa, che pure avevo già conosciuto, che si trovava accanto a lei: dopo esserci salutate, capiamo che nessuna delle due sapeva perché eravamo state collegate al telefono, in attesa reciproca che fosse l'altra a parlare, e a dare senso all'essere state convocate lì. Recupero con la psicologa quanto era accaduto nella telefonata con L. prima che il telefono arrivasse a lei, per proporle l'ipotesi che L. pensasse che in quanto psicologa lei sapesse come aiutarmi a gestire la richiesta di una DES. Scopriamo che neanche lei conosce la fantomatica DES. Nel corso della telefonata, fa una ricerca online e scopriamo qualcosa in più della DES, acronimo per Dissociative Experiences Scale¹¹.

Non si trattava, quindi, di uno strumento abitualmente utilizzato entro il CSM, come avevo ipotizzato in un primo momento, ma probabilmente l'inviante, così come L., aveva associato la tecnica DES al ruolo di psicologa. Il vissuto di inesperienza e tabula rasa, in opposizione all'attesa di un'esperta forte della sua tecnica, hanno organizzato il mio partecipare alla prima parte della telefonata. Queste fantasie si sono rivelate utile indizio di una *cultura della tecnicità* alla quale iniziavo a partecipare. Una cultura che in nome di una tecnica che basta in sé a dire cosa fare, fa fuori i rapporti che possono invece essere un'utile appiglio per dar senso a quanto avviene, come nel caso che esita nelle due psicologhe disorientate al telefono. Riprendiamo l'obiettivo esplorativo, di cui scrivevo in esordio: l'intervento si dispiega rintracciando indizi utili a dare senso a quanto avviene, entro una manutenzione dei rapporti in cui è possibile cogliere questi indizi.

¹¹ Si veda in proposito www.researchgate.net

La psicologa mi passa nuovamente L. al telefono, che mi chiede conferma per un appuntamento con la signora in questione. Io confermo l'appuntamento e l'interesse a occuparmene, pensando di partire dal capire qualcosa in più della richiesta dell'inviante, committente per il CSM dell'intervento.

Contatto P., lo psichiatra inviante, che mi racconta come era arrivato a quella richiesta: aveva avuto un colloquio con la signora Maria, che era stata inviata a lui dopo un colloquio di accoglienza al CSM. Maria arriva al Servizio inviata da un neurologo, cui si era rivolta perché ha iniziato a soffrire di amnesie: dimentica le strade e si disorienta in luoghi a lei noti. Nel corso dell'incontro avuto con lei, P. ha sottoposto Maria a un test per escludere problemi di demenza, che si riveleranno assenti, e la invia a me poiché è interessato a che io verifichi la presenza di un problema dissociativo. Dico a P. che non ho mai adoperato la DES. Decidiamo di utilizzare l'appuntamento già concordato con la signora come un incontro di conoscenza, per poi fissare un incontro tra noi per confrontarci sull'incontro e sull'utilizzo della DES prima di proporla in occasione dell'appuntamento successivo.

Il lavoro con Maria

Incontro per la prima volta Maria in occasione dell'appuntamento che avevamo concordato tramite L. Maria è una donna sui cinquant'anni che mi sembra dimostrare meno dell'età che ha, nonostante un aspetto stanco e un po' trascurato. Dopo esserci presentate, dico a Maria che mi ha parlato di lei P., lo psichiatra che ha precedentemente incontrato, e le propongo di utilizzare quel primo incontro tra noi come un incontro di conoscenza. Le chiedo come mai si fosse rivolta al CSM. Lei inizia a piangere e a raccontarmi la sua storia. Ha 3 figli adulti, per i quali è preoccupata in relazioni a problemi di lavoro, di salute, di famiglia o di giustizia (uno dei figli vive a casa di lei agli arresti domiciliari); ha un compagno che la notte prima ha lasciato la casa che condividevano senza dirle nulla; ha un ex marito cocainomane che ha tentato più volte di ucciderla; aveva una madre, cui era molto legata, che è morta tempo fa e che le manca molto. Madre che ha protetto lei e i suoi fratelli dalle violenze del padre, da cui ha subito un abuso sessuale quando era bambina, abuso che lei ha tenuto segreto fino a quel momento; ha un padre che, quando era adolescente, ha scoperto essere stato autore seriale di molestie a minori in un parco del quartiere, scoperta avvenuta tramite il ritrovamento di ritagli di giornale che la madre conservava, e che in quella occasione le ha confessato non essere il padre biologico.

Maria sembra bramosa di uno spazio dove raccontare la sua storia angosciante, cui dedica tutto il tempo dell'incontro, "dimenticando" di parlare del problema delle amnesie e del disorientamento che la porta al CSM. Chiede, prima di salutarci alla fine dell'incontro, cosa sbaglia con gli uomini e se c'è posto lì per lei.

Terminato l'incontro mi sento frastornata, mi sembra che Maria abbia portato con sé in un vortice di situazioni terrificanti ed angoscienti, dove scoperte ed eventi che si susseguono sembrano ribaltare ciò che è vero e ciò che è falso, ciò che è amico e ciò che è nemico, dove non si hanno regole del gioco cui potersi affidare. Vivo uno spaesamento che mi fa ripensare simbolicamente al disorientamento che lei racconta di provare con le amnesie.

A partire da questo vissuto di disorientamento, provo a recuperare appigli e limiti di contesto. Ripenso alla committenza di P., lo psichiatra inviante per il CSM. Ripenso alla DES, alla richiesta di verificare la presenza di un disturbo dissociativo. Penso alla potenza collusiva della tecnica, della diagnosi: capace di bonificare le emozioni angoscienti provate durante l'incontro, al costo di scindere quell'universo terrificante e variopinto di cui Maria mi ha proposto di occuparci. È una cultura potente nella sua forza collusiva, che contribuisce a orientare la cultura organizzativa del Servizio, coinvolgendo chi vi lavora così come gli utenti che al CSM si rivolgono. Maria si presenta al Servizio inviata da uno specialista (il neurologo), cui si era rivolta chiedendo una diagnosi per un sintomo (le amnesie); dopo l'incontro con un altro specialista (lo psichiatra), ella arriva all'incontro con me (psicologa tirocinante) per un accertamento diagnostico. Un processo logico, che sollecita una tranquilla risposta sulla base delle specifiche competenze tecniche del singolo specialista. Io vengo convocata per applicare un test (la DES), un test sull'individuo che esclude le implicazioni emozionali del rapporto, così come la sua imprevedibilità. Implicazioni emozionali e imprevedibilità che però sperimentiamo insieme in occasione di quel primo incontro in cui Maria, tra le lacrime, mi presenta la soggettività prorompente con cui organizza la richiesta di intervento al Servizio.

Vivo a quel punto un'impasse rispetto al modo di procedere per l'intervento, come se l'utilizzare o meno quel test sancisse il mio schierarmi verso una cultura dell'intervento o l'altra, dentro o fuori il CSM. Dentro o fuori il modello di intervento proposto entro la scuola di specializzazione che frequentavo. Recupero i due enti committenti del progetto di tirocinio entro cui si colloca questo intervento: la scuola di specializzazione e il CSM. Stavo reificando delle culture del lavoro, trattando metodologie di intervento come fossero tecniche, tra le quali scegliere quale utilizzare. Proponevo una variante di quella potente cultura

della tecnicità, che prevede l'affidarsi agli strumenti come capaci di intervenire di per sé, tout court, indipendentemente dall'utilizzo che è possibile farne entro gli specifici contesti di intervento.

Ripenso alla DES, che propone una serie di quesiti volti a esplorare l'esperienza della persona cui il test si propone, in rapporto a eventi di cui si ipotizza una correlazione con il costrutto di disturbo dissociativo, eventi rispetto ai quali si chiede di indicare un punteggio su una scala Likert.

Ripenso alla richiesta dell'inviante, al test come uno strumento utilizzabile con la persona cui lo propongo, per approfondire la conoscenza del problema che ella stessa pone al Servizio. È così che propongo il test a Maria nell'incontro successivo. Compiliamo il test, utilizzando le domande proposte come occasione per conoscere Maria e il rapporto che ha con i suoi contesti di riferimento, rapporto entro il quale emerge un vissuto di disagio che la porta a formulare una richiesta al CSM.

Il lavoro che propongo a Maria, in quell'incontro e nei successivi, è provare a capire con lei qual è la sua domanda, quale problema porta al Servizio, anche attraverso il sintomo, di cui al primo incontro dimentica di parlare.

Maria dice "voglio capire che ho". Quel "voglio capire che ho" è interpretabile come voler dare significato a ciò che vive, o anche interpretabile come voler individuare un disturbo, con eziologia e prognosi. Maria alterna queste posizioni nel rapporto con me. Ricordo a Maria che non ho le competenze per diagnosticarle una malattia o prescrivere farmaci, e le propongo che il lavoro che se vuole possiamo fare assieme è dar senso alle esperienze che vive, al significato che il sintomo ha per lei, a come contribuisce a organizzare le sue relazioni.

Maria lamenta perdite di memoria: non ricorda facce conosciute, eventi per lei emozionalmente rilevanti (come la Prima Comunione dei figli), dimentica strade percorse abitualmente. Queste amnesie la spaventano e la "costringono" a chiedere aiuto ai figli, ad esempio chiedendo loro di accompagnarla nel percorrere tragitti; ma non vuole diventare un peso per loro. Maria si fa portatrice di una cultura sacrificale entro i rapporti, una cultura fatta di rapporti obbliganti e obbligati, entro cui fa fatica a individuare desideri e limiti.

Maria dice, inoltre, di fare "cose strane". Racconta di un episodio in cui dice di non aver aperto un rubinetto che è stato trovato aperto da suo figlio al suo rientro, quando lei era sola in casa. Dice che i figli pensano sia pazza e si preoccupano per lei. Racconta questo episodio con un tono diverso dall'abituale preoccupazione; è come se ridesse sotto i baffi, come se si divertisse. "Come facesse delle marachelle", le rimando.

A quel punto inizia a dirmi che vede delle macchie sul muro posto alle mie spalle, macchie che io non vedo. Si alza e va ad indicare sul muro un punto dove sostiene di vedere un volto. A questa proposta di Maria mi spavento, sospetto abbia delle allucinazioni. Il suo racconto mi fa pensare ora a una serie di allucinazioni, ma mi sembra assente una coloritura emozionale che ho incontrato in persone che raccontavano delle proprie allucinazioni. Ripenso a diversi utenti del Centro Diurno che ho incontrato nel precedente tirocinio. Non era neutro per loro parlare del rapporto con le proprie allucinazioni, con cui erano in un rapporto emozionato. Il parlare stesso con qualcuno di questo rapporto emozionato costituiva un'esperienza emozionalmente densa. Ricordo vissuti di angoscia, rabbia, tristezza, imbarazzo con cui coloravano quei racconti.

Tra il contenuto e la modalità del racconto che Maria mi propone, vivo uno scollamento, vi è qualcosa di stridente tra i due piani rispetto alle mie attese. E allora ecco il sospetto, la diffidenza verso l'autenticità del racconto di Maria, nel rapporto con Maria. E la preoccupazione, poiché rispetto allo scoprire se le allucinazioni sono vere o false mi sento priva di strumenti: se sono vere allora "il caso è grave" e va inviato a uno psichiatra, che possiede le competenze specialistiche atte a trattare il problema (ancora cultura della tecnicità, che mi avrebbe consentito di sollevarmi dal problema posto entro quel rapporto e del rapporto stesso). E se le allucinazioni sono false?

Mi stavo infilando in un vicolo cieco senza via d'uscita. Ho provato a non uscire allora. Ho pensato di utilizzare quelle fantasie e quei vissuti come un indizio, che al momento non capivo come interpretare. Da un rompicapo angosciante a una possibile risorsa rispetto alla conoscenza del problema che Maria poneva.

Questo passaggio è stato per me possibile anche grazie a un pensiero sull'organizzazione. Non ero sola, non era un mio personale problema, ma un problema che si poneva a me in quanto psicologa tirocinante in quel CSM. Pensare all'organizzazione, recuperare i limiti, ha reso possibile vederne le risorse. Recuperare i limiti delle funzioni, ha reso possibile recuperare la risorsa del rapporto tra queste funzioni.

Il riferimento, qui, è in primis alla relazione con G., che entro il CSM ha funzione di psichiatra e tutor per il mio tirocinio. Con G. avevamo avviato dei momenti di confronto sugli interventi che portavamo avanti al CSM che, come in questa occasione, hanno costituito dei momenti preziosi per pensare ai problemi incontrati. Momenti di confronto resi utili anche a partire dalla nostra diversa formazione e competenza, che abbiamo utilizzato come reciproca estraneità utile, con cui riguardare questioni apparentemente note, non trattate come scontate. Il riferimento è a questioni come: quale obiettivo dell'intervento? Quale metodologia? Quale verifica? Questioni che riprendo in questo scritto.

Dopo il secondo incontro con Maria, rivedo P., lo psichiatra inviante, cui propongo un resoconto dell'incontro, egli parlo anche della DES, cui Maria risultava avere un basso punteggio. P. ipotizza la presenza di un disturbo depressivo. Concordiamo di procedere con ulteriori incontri esplorativi.

Al terzo incontro propongo a Maria di prenderci tre incontri, uno a settimana, per capire qualcosa in più del problema che pone, per poi decidere insieme come procedere. Questo CSM non mette un limite al numero di incontri con gli utenti, e la mia proposta si configura come un'azione interpretativa pensata a partire da un'ipotesi relativa alla domanda di Maria. Come scrivevo, Maria propone una cultura sacrificale dei rapporti. Rapporti vissuti come obbliganti, entro i quali si sente costretta a darsi completamente; fa fatica a cogliere i limiti propri e altrui, così come fa fatica a valorizzare risorse proprie e altrui, non riuscendo a utilizzare regole del gioco condivise e affidabili entro le relazioni con i diversi contesti che frequenta, simbolizzando le proprie esperienze con vissuti di impotenza che si alternano a quelli di onnipotenza.

Anche il CSM, d'altro canto, si vive a risorse scarse e fa fatica a organizzare criteri e limiti volti ad utilizzare le risorse esistenti: non ci sono limiti al numero di incontri previsti entro un intervento, né limiti di tempo, né di costo, data la gratuità delle prestazioni.

L'azione interpretativa che metto in gioco nel rapporto con Maria propone l'introduzione di limiti entro regole del gioco definite, cui assieme possiamo affidarci. L'ipotesi è proporre a Maria un lavoro sui limiti. Limiti che se utilizzati in rapporto alle risorse che questi definiscono, rendono possibile orientare il lavoro all'obiettivo, consentendo un utilizzo delle risorse in modo produttivo, come il tempo per degli incontri. Incontri utilizzabili per esplorare la sua domanda, per esplorare come desidera utilizzare il lavoro assieme e cosa desidera in relazione ai contesti che porta nel rapporto con me.

Maria mi parla della sua preoccupazione per i problemi di rapporto con il compagno, che vorrebbe una convivenza con lei, convivenza ostacolata dalla presenza vissuta come ingombrante dei figli di Maria, due dei quali pure vivono in casa con lei. È preoccupata in relazione ai problemi dei figli, dei nipoti e dei fratelli di lei, di cui si sente responsabile in quanto sorella maggiore, problemi che attraversano i più svariati ambiti, come lavoro, salute, famiglia, giustizia. È preoccupata in relazione al contesto di lavoro: si occupa di assistere una persona con Alzheimer e sua moglie, una coppia di anziani che vive come trascurata dai figli. Sente di essere per loro l'unica figura di riferimento, provando quindi a garantire loro la sua totale disponibilità, organizzando una dinamica che mi dice essere vissuta come problematica da compagno e figli, che a loro volta si sentono trascurati da lei.

Maria mi parla di questi contesti come per lei significativi e problematici; è difficile però rintracciarvi una sua dimensione desiderante. Maria fa fatica nel rapporto con i propri desideri, che dice di non riuscire ad immaginare. "Vorrei che stessero tutti bene" dice.

La mia proposta è di pensare al *desiderare* così come suggerisce l'etimo della parola: "togliere lo sguardo dalle stelle" (de-siderare), per guardare il contesto entro cui è possibile perseguire desideri. Togliere lo sguardo dalle stelle, in altre parole, implica il superamento delle fantasie onnipotenti con le quali si può organizzare il rapporto con la realtà, per recuperarne i limiti (attribuiti a sé o al contesto)¹². Limiti capaci di definire risorse da mettere in gioco per perseguire obiettivi.

La mia proposta a Maria è quindi quella di un lavoro su desideri e limiti. In più di un'occasione Maria non viene all'appuntamento concordato, dicendo di averlo dimenticato, per poi iniziare l'incontro successivo impiegando i primi minuti scusandosi per l'accaduto. Propongo a Maria un'interpretazione di questi agiti, che si configurano nel rapporto con me anche come modi per dirmi che ci tiene a quel rapporto e insieme che fa fatica a tenerlo. Le rimando che sembra che per lei sia possibile proporre desideri rispetto ai rapporti solo passando attraverso una loro negazione, sottraendovisi. Le chiedo se questo le capita anche in altre situazioni della sua vita, come quando fa le marachelle, aggiungo, pensando ai comportamenti preoccupanti con cui sollecita il supporto dei figli entro dimensioni obbliganti.

Lei mi chiede se faccio riferimento alle macchie sul muro che mi raccontava di vedere. Con mio stupore, Maria indica come una marachella quanto avvenuto con me, aiutandomi a dare senso a quell'episodio. Ironizzando sulla paura che avevo provato in rapporto a quella situazione, le parlo della preoccupazione che aveva suscitato in me, preoccupazione che mi raccontava di evocare anche in altri contesti entro rapporti per lei significativi. Iniziamo a ridere di questo. Continuiamo a ridere tracciando nessi tra questa modalità capace di sollecitare reazioni allarmate e diversi episodi che mi aveva raccontato nel tempo. L'utilizzo dell'ironia, come dissacrante e affettuosa modalità di guardare alle proprie emozioni, si è dimostrata uno strumento efficace nel rapporto con Maria. Con l'ironia ha potuto sperimentare una modalità di rapporto altra rispetto a quella obbligatoria da cui poi trasgredire con marachelle di vario tipo.

¹² Si veda in proposito www.etimo.it. Questa riflessione sull'etimologia della parola desiderio e sul desiderio stesso è stata proposta da Renzo Carli in una sua riformulazione del desiderare, nell'ambito della teoria psicoanalitica (Carli, 2015).

Ma di che alterità parliamo? Quale rapporto c'è tra trasgressione e divertimento? Trasgredire implica rompere le regole del gioco che organizzano rapporti in cui si trasgredisce, si trasgredisce dalle attese che prevedono un adeguamento a comportamenti conformisti o emozioni prescritte rispetto a specifici contesti. Trasgredire può essere divertente quando si configura come un'azione creativa, che consente di recuperare gradi di libertà, libertà di cui chi trasgredisce poteva sentirsi privato, attraversando vissuti di impotenza che con l'atto trasgressivo vengono sovvertiti.

Si *trasgredisce da* e ci si *diverte con* qualcosa, in rapporto a qualcuno.

Penso a Maria che ride per la preoccupazione dei figli; in questo caso, Maria sovverte i vissuti di impotenza che accompagnano l'immagine di sé come martire, di vittima sacrificata agli altri, sperimentando il potere di evocare emozioni scomode in coloro per i quali sente di sacrificarsi.

Maria ride quando riesce a mettere nel rapporto con me quelle fantasie trasgressive, quando quelle fantasie non sono più agite ma diventano pensabili. Ride quando sperimenta che quelle fantasie trasgressive non sono distruttive tout court, ma possono diventare *cosa terza*¹³ di un rapporto, in cui si può ridere delle emozioni che prova e che evoca nell'altro rispetto a quelle trasgressioni.

Le marachelle di cui mi ha raccontato Maria mi sembravano per lei importanti, poiché quando ne parlava le veniva da ridere, portava emozioni in rapporto a quegli eventi, rispetto a cui si sentiva sola. Individuando nell'ironia uno strumento utile, siamo riuscite a divertirci insieme, entro la regola del gioco di occuparci insieme di capire quale fosse il problema che poneva al Servizio. Quando ridevamo? Quando era possibile parlare del rapporto tra noi, ironizzandoci su.

Organizzare una relazione volta a occuparsi del rapporto come cosa terza, volta a produrre conoscenza, a mantenerlo nel suo andamento, a poter parlare delle emozioni in esso provate, è stata una proposta vissuta come affascinante e difficile per Maria. Maria che arrivava al Servizio bramosa di un rapporto entro cui dare senso a quanto gli capitava, ma anche spaventata dalla possibilità di dare parola a emozioni nuove, fuori dal copione emozionale della vittima cui era abituata, copione che però in quel momento era in crisi.

Al settimo incontro, dopo i tre incontri che avevamo pensato di utilizzare per esplorare il problema che stava ponendo, condivido con Maria le ipotesi su quanto avevo capito nel rapporto con lei. Maria nei rapporti agiva la preoccupazione, utilizzata per possedere emozionalmente l'altro. Faceva fatica a parlare dei desideri e delle emozioni provate nella relazione con me o nei differenti contesti che frequentava. Sentiva, al tempo stesso, i costi di questo assetto relazionale. Il sintomo delle amnesie sembrava contribuire a organizzare rapporti obbliganti, fondati sulla preoccupazione reciproca, entro una cultura che non prevede la possibilità di veicolare desideri entro quei rapporti, accompagnati da vissuti di impotenza e onnipotenza proprio perché connotati da richieste illimitate verso sé o verso gli altri.

Mi è sembrato utile il lavoro che abbiamo fatto sul recupero di una dimensione desiderante, che le ha consentito di ripensare le proprie risorse a partire dai propri limiti. Limiti cui ancorarsi per realizzare desideri di cui nel corso del lavoro mi parla: desidera uno sviluppo della relazione con il compagno con cui vorrebbe andare a vivere, ma che sente ostacolato dalla convivenza con i propri figli, cui vorrebbe dedicare più tempo; tempo che sente di togliere a quei rapporti poiché presa dal lavoro presso una coppia anziana che assiste e per la quale si sente indispensabile. Maria piange, dice di essersi commossa, poiché “è proprio così” e “deve pensare un po' più a sé”.

Il mio progetto di tirocinio sarebbe terminato entro alcune settimane; propongo allora a Maria di prenderci un ultimo incontro, per poterci occupare della conclusione di questo lavoro e salutarci.

Maria arriva all'incontro successivo, l'ultimo, con un aspetto più curato. Mi racconta che le cose vanno meglio, che ha chiesto al compagno di accompagnarla lì poiché aveva piacere di stare con lui e lui ne è stato contento. Dice di aver litigato con la figlia poiché ha sentito una pretesa di lei rispetto alla propria presenza, che ha vissuto come eccessiva. Racconta che successivamente hanno parlato del litigio, convenendo sulla necessità di trovare altri modi e spazi per stare assieme, riconoscendo che anche Maria ha esigenze proprie di cui è sensato intenda occuparsi. Maria sorride, dice di essere contenta e mi ringrazia perché dice di sentirsi rinata.

La conclusione di questo lavoro ha sollecitato per me ulteriori riflessioni legate a questioni di metodo. Quale *verifica* del lavoro?

Se l'intervento si prefigge obiettivi di cura o correzione di comportamenti dell'individuo, allora potrebbe apparire sensato valutare l'intervento in termini di presenza/assenza di quei comportamenti oggetto dell'intervento: Maria dice che deve pensare un po' più a sé, Maria arriva all'incontro con un aspetto più curato, Maria va a vivere con il compagno, ecc.

¹³ Il costrutto di “cosa terza” è inteso quale interesse condiviso, entro la relazione, per una trasformazione produttiva di uno stato del mondo; interesse che permette alla relazione di non implodere entro fantasie agite di impossessarsi dell'altro o di farsi possedere (Carli et al., 2016, p. 41).

Ma quali sono le alternative a criteri di verifica basati sul controllo della presenza o assenza di comportamenti identificati come desiderabili o meno da chi interviene?

Come scrivevo, entro questa proposta metodologica, l'intervento si fonda su un obiettivo esplorativo: quello di produrre conoscenza a partire dai modelli di rapporto proposti entro la relazione di intervento, conoscenza utile a ripensare quei modelli agiti anche entro i contesti di convivenza di chi pone la domanda di intervento. Per dirla in altri termini, si tratta di sviluppare competenza a pensare le emozioni vissute entro i rapporti, utilizzandole come risorsa per esplorare i problemi incontrati entro quegli stessi rapporti.

La verifica si può pensare come "monitoraggio della variabilità non prevedibile che accompagna lo sviluppo, anch'esso non prevedibile" (Carli & Paniccia, 2011, p. 45). Nel caso del lavoro con Maria, il monitoraggio dei modelli di rapporto che portava nella relazione con me, ha visto uno sviluppo nella possibilità di sperimentare desideri entro i rapporti e di recuperare gradi di libertà nella competenza a distinguere tra fatti e vissuti, a pensare e finanche a ridere delle proprie fantasie.

Quale relazione tra la domanda di Maria e il Servizio cui si rivolge?

Penso alla relazione tra la domanda di Maria e il contesto organizzativo cui questa domanda si rivolge. Le evocate allucinazioni, come le amnesie con le quali organizza la sua richiesta al CSM, si configurano non come sintomi acontestuali, ma come un codice comunicativo che le consente sia di rivolgersi al CSM, conformandosi all'offerta del Servizio, sia di esprimere una sua propria problematica.

Si può inoltre ipotizzare che la relazione tra domanda e offerta del Servizio parli di fantasie sul mandato sociale attribuito al CSM.

Ripenso ad altre domande che ho incontrato prestando tirocinio entro questo Servizio. Una donna chiama il CSM perché ha paura di suicidarsi, e nell'incontro con me propone le sue emozioni come fossero fatti, sbarre di una cella che la fanno sentire costretta e oppressa in una vita in cui non è possibile desiderare. Un giovane uomo, segnalato al CSM dai Carabinieri, si è dato fuoco pubblicando il video dell'evento su YouTube. Parlerà dell'evento come di un tentativo disperato di essere visto e accettato, entro fantasie di rapporti come sommatorie, per cui o ci si incastra come adeguati pezzi di un puzzle, o non è possibile avere relazioni, che egli desidera e teme, sentendosi inadeguato.

Questi due esempi, come la domanda di Maria, fanno riferimento a situazioni che si potrebbero definire come nuovi utenti che si rivolgono al CSM. Il CSM, in questi casi, sembra evocare un contesto cui portare desideri di rapporto, veicolati da agiti capaci di richiamare attenzione in modo problematico: idee di suicidio, tentativi di darsi fuoco, amnesie. Modo problematico che può essere attribuito alle caratteristiche psicopatologiche dell'individuo, con il conseguente intervento volto a curare o correggere. Modo problematico che può essere altresì interpretato entro il rapporto tra chi propone comportamenti provocatori e i contesti entro cui li mette in atto. Idee di suicidio, tentativi di darsi fuoco, amnesie, costituiscono azioni capaci di sollecitare allarme entro i contesti di riferimento. Azioni che hanno luogo entro contesti che possiamo ipotizzare in crisi, crisi di cui chi rivolge una richiesta al CSM a volte si fa carico, prevenendo un fallimento collusivo (Carli & Paniccia, 2011).

Ripenso allo specifico momento di vita della ASL, impegnata in una riorganizzazione aziendale che ha comportato tagli di tirocinanti, spostamenti di personale, ridefinizione di ruoli e funzioni. In questo CSM, come altri servizi della ASL, si vive a risorse scarse. Risorse scarse ritenute insufficienti da un lato, utenti rognosi e affamati di risorse da cui difendersi dall'altro. Penso a come possa essere complicato poter investire il CSM di una dimensione desiderante, inventiva. Tuttavia, se spostiamo l'attenzione alle domande che gli vengono rivolte, può essere possibile pensare a quale rilevante funzione sociale esercita il CSM, che si costituisce anche come un importante osservatorio su contesti in crisi.

Per dirla con Vari:

I centri di salute mentale potrebbero impennare la propria organizzazione attorno ai temi critici della convivenza piuttosto che sulle patologie. Lavoro specifico sulla domanda, culture della convivenza e attualità sociali sono ambiti in stretta correlazione. Analizzare la domanda significa rapportarsi con eventi e situazioni sociali critiche ricorrenti, alcune delle quali indizi di nuove emergenze sociali. Ognuno di tali contesti si struttura attraverso fantasie collusive peculiari e specifiche che il Servizio potrebbe approfondire attraverso la formazione di gruppi di operatori dedicati. In una simile organizzazione il problema espresso dalla domanda e il tema sociale corrispondente diverrebbero campi di ricerca e d'intervento congiunti e interdisciplinari. Il concetto di 'territorialità' del C.S.M., privato di connotazioni ideologiche, recupererebbe così una propria attuale significatività (Vari, 2014, p. 184).

Vari propone un possibile sviluppo dei CSM tramite l'adozione dell'Analisi della domanda, come occasione per rapportarsi con eventi e situazioni sociali critiche ricorrenti, alcune delle quali indizi di nuove emergenze sociali; è un'ipotesi di rilancio del rapporto con il territorio nella sua propria specifica connotazione. Le parole *ricerca, sociale, interdisciplinarietà, territorio* evocano alcune delle indicazioni proposte dagli ultimi documenti internazionali in ambito di Salute mentale, per tornare ancora all'esplorazione del mandato sociale rivolto ai CSM, con uno sguardo al più ampio panorama mondiale ed europeo.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e l'EU (Unione Europea), attraverso l'emanazione di piani d'azione, puntano a occuparsi di un problema che individuano nelle risorse limitate dei Servizi di salute mentale in rapporto a un costante aumento di richiesta della popolazione. Per stare sull'esempio italiano: sono 807.035 le persone con problemi di salute mentale assistite nel 2016 dai Servizi specialistici, di cui 349.176 entrate in contatto per la prima volta durante l'anno con i Dipartimenti di Salute Mentale; l'89,8% di queste ultime (310.031) ha avuto un contatto con i Servizi per la prima volta nella vita¹⁴.

I piani d'azione invitano a occuparsi del problema attraverso una riorganizzazione delle politiche sanitarie proposte ai differenti Stati membri, che passi attraverso maggiori investimenti, che possano essere orientati al territorio con attenzione a differenze culturali, su ricerca, prevenzione sociale, interventi interdisciplinari e evidence-based.

Come si legge sul sito del Ministero della Salute¹⁵, nel 2013 sono stati ufficialmente approvati dall'OMS due documenti strategici per la costruzione di policy e per il sostegno alla programmazione nell'area della salute mentale. Il primo documento, denominato "Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020"¹⁶ dichiara quattro obiettivi, declinati in strategie d'azione e risultati attesi, che l'OMS propone per sé e per i differenti Stati membri. Gli obiettivi individuati sono:

1. rafforzare un *governo* e una *leadership* efficace per la salute mentale;
2. offrire *Servizi sanitari e sociali di comunità*, che siano completi, adeguati e integrati;
3. implementare strategie per la *promozione* della salute mentale e la *prevenzione* del disagio;
4. potenziare i sistemi informativi, l'evidenza scientifica e la *ricerca* in salute mentale.

Il secondo documento, il "Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale"¹⁷, si inserisce nel contesto della più ampia programmazione di politica sanitaria della Regione Europea, denominata "Health 2020". Sette obiettivi, quattro basilari e tre trasversali, declinano gli scopi di questo Piano di Azione. Per ciascuno degli obiettivi vengono proposte azioni, sia per i 53 Stati membri, sia per la stessa OMS, finalizzate al raggiungimento di risultati misurabili, sia in termini di politiche generali che di loro implementazione a livello nazionale, regionale e locale. Come si legge in apertura del documento, la Regione Europea dell'OMS si trova ad affrontare diverse criticità che riguardano sia il benessere (mentale) della popolazione, sia l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai soggetti affetti da problemi di salute mentale. Gli Stati Membri si confrontano con alcune sfide condivise: preservare il benessere della popolazione in una fase di cambiamento degli assetti economici, impegnarsi a tutelare i diritti e a promuovere l'empowerment degli utenti dei Servizi e delle loro famiglie, e ancora garantire cure di qualità realizzando nel contempo le riforme necessarie nel settore dei pubblici Servizi.

In entrambi i documenti, torna spesso l'invito a una riorganizzazione dei Servizi, volta garantire una maggior copertura di interventi evidence-based.

Nel "Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020", in particolare, nel paragrafo dedicato ai principi trasversali su cui esso si basa, si legge che le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono basarsi sulle evidenze scientifiche e/o sulle pratiche migliori, tenendo conto delle considerazioni culturali, con un invito ad evitare la medicalizzazione del disturbo e la sua istituzionalizzazione.

In linea con ciò, tra i vari obiettivi specifici se ne leggono alcuni che sembrano particolarmente interessanti in rapporto alla proposta fin qui elaborata: fornire servizi di salute mentale e di supporto sociale completi, integrati e capaci di risposta a livello territoriale; identificare e valutare i bisogni dei vari gruppi socio-

¹⁴Dati forniti dal Rapporto sulla salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2016, pubblicato dal Ministero della Salute su:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2731_allegato.pdf

¹⁵Si veda in proposito

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=174&area=salute%20mentale&menu=vuoto

¹⁶Consultabile su http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf

¹⁷Consultabile su http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2447_allegato.pdf

demografici presenti nella comunità e anche di gruppi vulnerabili che non usufruiscono di Servizi; elaborare una strategia proattiva mirata per questi gruppi, offrendo dei servizi che siano in grado di rispondere ai loro bisogni; implementare strategie di promozione e prevenzione in salute mentale; garantire una maggior copertura di interventi evidence-based.

Al fine di occuparsi del problema delle risorse limitate in rapporto alla presa in carico delle numerose domande, viene auspicata una riorganizzazione dei Servizi di salute mentale, indicando la *stepped care* come modello. Il Ministero della Salute definisce la *stepped care* come sequenze di processi clinici differenziati a seconda dei livelli di gravità dell'espressione psicopatologica e della compromissione funzionale del paziente¹⁸. È possibile reperire diversi contributi sul tema della *stepped care* utilizzato in ottica psichiatrica, più rari sono tali contributi in un'ottica psicosociale, seguendo l'invito a tenere conto dei contesti, e ad evitare la medicalizzazione del disturbo. Sul "British Journal Of Psychiatry" è possibile reperire un articolo sulla *stepped care* nelle terapie psicologiche. Gli autori segnalano la distanza tra domanda di terapia psicologica e risorse capaci di erogarla, proponendo di ottimizzare l'efficienza dei Servizi attraverso l'adozione di interventi brevi, secondo il modello che prevede diversi step di intervento. Segnalano che, in tale prospettiva, in letteratura si fa principalmente riferimento alle terapie cognitivo-comportamentali, che però sostengono non essere le uniche utilizzabili, individuando il punto focale non tanto nella teoria della tecnica alla base dell'intervento, quanto nella possibilità di monitorare sistematicamente i cambiamenti apportati. Segnalano pure come il procedere attraverso una costante verifica del lavoro, si riscontra spesso nel modo di operare implicito di molti terapeuti. La *stepped care* può modellizzare ed esplicitare questo modo di procedere (Bower & Gilbody, 2005).

Ripensando alle indicazioni dell'OMS, l'intervento orientato psicoanaliticamente qui resocontato potrebbe configurarsi come *stepped care*.

Nell'intervento si è condiviso l'obiettivo con il cliente (Maria) e con il committente del lavoro (il CSM) tramite un'analisi della domanda, del problema che Maria porta al CSM, effettuata attraverso un'esplorazione dei modelli di rapporto proposti sia entro la relazione di intervento, che in quelli agiti entro i suoi contesti di convivenza. L'esito si rintraccia nella possibilità per Maria di recuperare gradi di libertà entro i suoi rapporti con i differenti contesti di vita, in cui diventa possibile per lei desiderare, sperimentando una libertà fondata sulla competenza a riconoscere limiti e risorse e a distinguere fatti e vissuti. Si è trattato di un intervento, in altre parole, orientato a sviluppare competenza a pensare le emozioni vissute entro i rapporti, utilizzandole come risorsa per esplorare i problemi incontrati entro quei rapporti stessi. Lo sviluppo di tale competenza entro una relazione psicoterapeutica può concludersi nella riorganizzazione della simbolizzazione emozionale del problema posto, come pure permettere a Maria una successiva più specifica richiesta di intervento.

Conclusioni

Questo scritto intende proporre un contributo alla discussione circa la funzione della psicoterapia nel contesto dei servizi di salute mentale in rapporto alle domande ad essi rivolte. Ho proposto il resoconto di un intervento che ho trovato utile sia per esplorare questioni di metodo, connesse all'esercizio della psicoterapia nei Servizi, sia per esplorare la cultura locale di uno specifico CSM in rapporto al più ampio scenario dei servizi di salute mentale.

In sintesi, il CSM si configura come un contesto interessante e complesso, che affronta il problema di vivere a risorse scarse in rapporto alle richieste che incontra, peraltro non solo numerose, ma anche di non scontata decodifica; problema che condivide con altri servizi di salute mentale.

In una ricerca sulle attese di cittadini romani rispetto ai servizi di salute mentale si legge:

Le risorse pubbliche dedicate ai servizi diminuiscono e c'è un orientamento della politica a restringere l'intervento alla malattia psichiatrica grave. Questo comporterebbe una riduzione della risposta ai "disturbi emotivi comuni", che pur nella problematicità evidenziata, è anche sentita come un'attesa della popolazione e come fondamentale per la prevenzione, come più volte ribadito nella letteratura internazionale a partire dallo storico studio di Goldberg e Huxley (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli, & Sesto, 2014, p. 190).

¹⁸Definizione fornita dal Ministero della Salute nel documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità. Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014". Consultabile su: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2461_allegato.pdf

Se l'organizzazione può essere considerata l'agito di una cultura (Carli & Paniccia, 2011), possiamo ipotizzare che assistiamo alla crisi di un assetto collusivo. Un assetto centrato sulla *malattia* dell'individuo che, parcellizzato in numerosi interventi specialistici, sembra richiedere risorse infinite. Al contempo non si sviluppano interventi volti a occuparsi delle domande dei cittadini su *sistemi di relazione in crisi* (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli & Sesto, 2014). Tali problemi di relazione sono quelli posti dalla cosiddetta "nuova utenza", cui peraltro è rivolto il 60-70% delle prestazioni professionali in molti CSM (Carli & Paniccia, 2011).

Ancora: se l'organizzazione può essere considerata l'agito di una cultura, e la scarsità di risorse, quando diviene un vissuto dilagante, è un indizio della dinamica collusiva di quella cultura, possiamo ipotizzare che lo sviluppo non passi solo attraverso un incremento di risorse, ma attraverso la capacità di ripensare i propri modelli organizzativi.

In questo scenario, quale contributo può offrire la psicoterapia psicoanalitica nel contesto dei servizi di salute mentale? Questo scritto propone di declinare l'intervento psicoterapeutico come fondato sulla competenza a ripensare clinicamente il contesto in cui si interviene, attraverso modelli psicoanaliticamente orientati. In particolare, come proposto nel resoconto qui presentato, attraverso l'intervento fondato sull'Analisi della domanda, è stato possibile sviluppare competenza a pensare le emozioni vissute entro i rapporti, utilizzandole come risorsa per esplorare i problemi incontrati entro quei rapporti stessi.

Bibliografia

Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17. doi: 10.1192/bjp.186.1.11

Carli, R. (2015) Perché si va dallo psicologo clinico: Ripensando l'analisi della domanda [Why people turn to clinical psychologist: Thinking over the analysis of demand]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-44. doi: 10.14645/RPC.2015.1.536

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique in clinical psychology] Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of Mental Health Services in Italy. From psychiatric patients to new users: The evolution of the aid demand and the dynamics of the relationship]. Milano: Franco Angeli.

Carli, R., Paniccia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., & Giovagnoli, F. (2016). La relazione che organizza il contesto sanitario: Domanda dell'utenza e risposta dei servizi sanitari, nel territorio e nell'ospedale [The relationship which organizes the health care context: Users' demand and response of healthcare services, in the territory and the hospital] *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi: 10.14645/RPC.2016.1.608

Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Sesto, C. (2014). La rappresentazione dell'Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento [The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A research-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 186-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Vari (2014) Centro di Salute Mentale: La relazione 'individuo/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>