

La cronicizzazione come possibile risultante del rapporto tra servizi e utenza

di Elena Lisci* e Davide Baraldi*

Abstract

Attraverso il resoconto di due esperienze cliniche, l'articolo propone una rilettura critica del concetto di cronicità inteso come dimensione individuale, entro una prassi dei servizi che assume come obiettivo dell'intervento il cambiamento dell'altro entro modelli precostituiti di "normalità". Al termine cronicità si preferisce quello di cronicizzazione, che sottolinea una dimensione di processo, concernente la relazione piuttosto che la malattia. Questo orientamento dell'intervento ha consentito nei casi trattati l'attivarsi di una relazione terapeutica non esclusivamente orientata ad una sostenibilità della cronicità. L'utilizzo di criteri e modelli psicologico clinici concernenti la relazione ha permesso di accogliere la complessità di queste domande, perseguendo obiettivi che sembravano preclusi.

Parole chiave: cronicità, servizi socio sanitari, analisi della domanda.

Premessa

Con questo lavoro vorremmo proporre delle riflessioni sul concetto di "cronicizzazione" delle problematiche psicologiche. Tale interesse nasce dall'esperienza maturata dagli scriventi, nell'ambito del tirocinio di specializzazione in "psicoterapia psicoanalitica, psicologia clinica e analisi della domanda", in due diversi contesti che si occupano di salute mentale. Uno di questi è un servizio di psicoterapia appartenente ad un Ospedale universitario del nord Italia, che negli ultimi anni si è dedicato in modo particolare al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare; l'altro è un Centro di Salute Mentale della città di Roma. Il confronto di queste esperienze ha stimolato una riflessione comune sui limiti dell'intervento psicologico clinico, quando esso si proponga come obiettivo il cambiamento dell'altro entro modelli precostituiti e culturalmente prefigurati di "normalità".

Preferiamo il termine "cronicizzazione" a quello di "cronicità" proprio in quanto intendiamo fare riferimento ad una dimensione di processo, piuttosto che di esito, di definizione di uno stato della realtà. La tesi che proponiamo è infatti che questo processo abbia a che fare con una possibile caratteristica del rapporto tra servizi e utenza, che è in particolare evidenza tutte le volte che i primi si trovano confrontati con l'impossibilità di raggiungere o ripristinare uno stato di "normalità", entro un'ottica di "cura" del "malato".

Questa interpretazione della problematica di cui lo psicologo è chiamato ad occuparsi è secondo noi una conseguenza dell'assunzione acritica del problema da parte dei servizi, entro le categorie della committenza e del mandato sociale. Sergio Salvatore (2006) afferma in questo senso che: "[...] nel momento in cui lo psicologo adotta le categorie della committenza per definire il fenomeno di cui si occupa, i risultati su cui prende responsabilità, le modalità spazio-temporali e i ruoli connessi di esercizio della funzione, si trova esposto al contagio dell'impotenza della committenza. Ciò è sempre vero." (p. 124). Riteniamo che, nell'attuale contesto culturale di forte medicalizzazione della domanda psicologica, l'assunzione del modello medico da parte dei servizi come unico riferimento per la traduzione dei problemi dell'utenza, nonostante sembri offrire allo

* Psicologi clinici, Specialisti in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

psicologo l'illusione di detenere il controllo e la conoscenza dei fenomeni di cui si occupa, in realtà rischi di svuotare la competenza psicologica e la sua intrinseca funzione di interrogarsi sul senso di ciò che accade nella relazione.

Dalla rinuncia a trattare i problemi, a partire proprio dal rapporto che si istituisce con la domanda, deriva secondo noi quel vissuto di impotenza dell'agire psicologico che assume come oggetto di intervento l' "anormalità". La "cronicità", intesa come una caratteristica invariante dell'altro, è in molti casi una conseguenza necessaria per tollerare il vissuto di impotenza, rispetto ad una competenza continuamente minacciata dai problemi che la stessa utenza pone alla psicologia. Riteniamo, in questo senso, che siano destinate alla cronicizzazione quelle domande che giungono ai servizi senza la disposizione ad "adattarsi" proposte precostituite che quelli offrono, ma al contrario che richiedono un adattamento dei servizi alle questioni che pongono.

Come vedremo, a partire dalla resocontazione di due esperienze cliniche, l'ottica che proponiamo di mettere in discussione riguarda il cambiamento del comportamento dell'individuo come obiettivo auspicato dell'intervento psicoterapeutico. In particolare, nello specifico dei casi trattati, questo cambiamento riguarderebbe nel primo la ripresa di un "normale" atteggiamento nei confronti dell'alimentazione da parte di una donna con diagnosi di bulimia, nel secondo la remissione dei sintomi o il raggiungimento di un certo grado di adattamento al contesto nel quale è inserita, da parte di una paziente schizofrenica. Due situazioni certamente diverse tra loro, ma accomunabili ai nostri fini, in quanto stiamo proponendo una rilettura del concetto di cronicizzazione come concernente non le diagnosi degli utenti, ma il rapporto tra i servizi e le domande che vengono loro rivolte. La ragione per cui abbiamo scelto questi interventi è rintracciabile nel fatto che entrambi, a nostro giudizio, hanno realizzato, nel corso del loro sviluppo, dei prodotti niente affatto scontati, anzi per certi versi quasi inattesi rispetto alle premesse. Proponiamo che ciò sia stato reso possibile dall'utilizzo di criteri e modelli che hanno consentito di accogliere la complessità di queste domande.

Il caso di Anna

La signora, una donna di 38 anni di bell'aspetto, arriva al servizio inviata da uno psichiatra di fiducia, a cui si era rivolta privatamente e da cui circa 7 anni prima era stata seguita in terapia, congiuntamente ad una psicologa, per un disturbo bulimico di cui soffre sin da quando aveva 18 anni. La motivazione che aveva convinto la paziente ad interrompere la psicoterapia, dopo circa 4 anni di cura, era stata la significativa riduzione della messa in atto delle condotte bulimiche e un progressivo disinteresse e vissuto di inutilità circa le sedute. Il disagio che Anna avverte questa volta e che motiva la sua richiesta di aiuto allo specialista, viene imputato alla difficile situazione che sta vivendo entro l'organizzazione in cui lavora. Nell'azienda, il cui futuro a causa della crisi internazionale è ormai fortemente incerto, Anna svolge da alcuni anni la funzione di responsabile amministrativa, "braccio destro" dell'amministratore delegato. Le nuove mansioni che quest'ultimo le affida, per la "totale fiducia" che ha sempre riposto in lei, mettono fortemente in difficoltà la paziente e la fanno sentire "incapace di reagire", "bloccata" entro inevitabili relazioni conflittuali: si tratta infatti, su delega dello stesso amministratore, di comunicare il licenziamento ad alcuni dirigenti e funzionari, "molto più in alto di lei". Il forte disagio vissuto nel compiere questa "missione" porta ad un considerevole peggioramento del disturbo bulimico di Anna.

Lo psichiatra, a cui inizialmente la paziente si rivolge privatamente, valutando i disturbi riferiti come legati ad uno stato ansioso/depressivo, tenta in un primo momento di trattare il problema unicamente con l'ausilio di psicofarmaci. Successivamente, non essendovi significativi miglioramenti, ed essendo la paziente impossibilitata a sostenere i costi di una psicoterapia privata, il medico le propone di rivolgersi al servizio pubblico per una presa in carico di più lungo termine.

Nel presentare il proprio problema al servizio all'atto dell'accettazione telefonica, la paziente riferisce, oltre alle difficoltà emotive dovute alla situazione lavorativa, anche la storia della propria bulimia, ultimamente notevolmente "peggiorata". Nella riunione d'équipe per la discussione e

l'affidamento dei casi, durante la lettura della scheda di Anna, il disturbo bulimico viene assunto come l'aspetto più rilevante della vicenda e viene valutata l'opportunità di una presa in carico che coinvolga tutta l'equipe dei disturbi alimentari, medico, psicologo, dietologa. Nonostante, a causa della crisi dell'azienda in cui lavora, la paziente si trovi da qualche tempo anche lei collocata in cassa integrazione e l'amministratore delegato della società sia stato costretto a dimettersi, nel primo colloquio con lo psicologo Anna chiede comunque di essere aiutata a capire cosa le stia succedendo. Sente di non saper spiegare la sensazione di incapacità e paura vissuta nel non riuscire a gestire la nuova condizione lavorativa, né in relazione al rapporto con l'amministratore, per esempio negoziando o rifiutando un ruolo che non le compete, né con i dirigenti con cui si è confrontata per comunicare loro il licenziamento. Anna dice di essersi sentita paralizzata entro queste situazioni conflittuali rispetto alle quali è rimasta inerte, incapace di rispondere all'aggressività che ha sentito che le veniva rivolta contro e verso la quale non riusciva a reagire in alcun modo. Questa situazione ha causato alla paziente un lungo periodo di agitazione, insonnia, ansia, sensazione di non avere il controllo della situazione e un ricorso più frequente ad abbuffate e vomito.

Rispetto al lavoro terapeutico, la paziente si dichiara da subito estremamente accondiscendente, dipendente e disponibile. Fin dal primo colloquio afferma di volersi mettere "nelle mani dei curanti", di "fidarsi di loro"; si dichiara disposta a fare quello che le viene detto per risolvere i suoi problemi dimostrando una fiducia scontata e priva di condizioni. Questa proposta relazionale di Anna viene colta dallo psicologo sin dalle prime fasi del rapporto e diventerà un elemento centrale ai fini dell'esplorazione della sua domanda. Egli percepisce in modo evidente che proporrà una presa in carico scontata entro presupposti che sottolineino la problematica alimentare come centrale nella terapia, potrebbe rinforzare la posizione di passività espressa dalla paziente. Ciò andrebbe, secondo lo psicologo, a colludere con l'invito esplicito di forte delega del problema al servizio, impedendo nella relazione terapeutica la costruzione di uno spazio entro il quale poter criteriare e utilizzare il senso di questa "scontata" premessa relazionale. Il terapeuta coglie un'incongruenza interessante nel suo controtransfert; a fronte di una dichiarata disponibilità di Anna e della sua estrema educazione e gentilezza, egli prova invece una sensazione di falsità, finzione e inganno, tanto da sentire di trovarsi entro una dinamica relazionale basata su elementi di controllo e aggressività, che se non pensata rischierebbe di sabotare ogni possibilità di sviluppo nella relazione con la paziente.

Entro una lettura della dinamica neoemozionale in atto, potremmo dire che Anna trasforma l'estraneità, l'altro, in qualcosa di già noto, nell'amico conosciuto a cui affidarsi totalmente. Con la delega a qualcuno di cui fidarsi ciecamente la paziente mette l'altro nella condizione di essere controllato, di essere "amico costretto" entro la relazione con lei. Siamo di fronte a ciò che Carli e Paniccia (2002) definiscono una caratteristica comune delle neo-emozioni, la "presunzione" di conoscenza dell'estraneo: "Associato all'altro elemento: quello per cui chi propone, impone, organizza la neoemozione, può simbolizzare l'estraneo nei modi e con le valenze emozionali più disparate e differenti nel loro vettore simbolico (p. 84)". È la dinamica entro la quale il servizio facilmente rischierebbe di essere intrappolato, nel caso in cui colludesse con la proposta della paziente della presa in carico della "malattia", ma è anche una proposta "rassicurante" perché in linea con i modelli dell'intervento proposti specialmente nei casi dei così detti "disturbi del comportamento alimentare".

Lo psicologo che ha in carico la paziente svolge il tirocinio nell'ambito di un servizio fortemente orientato ad una normalizzazione della domanda dei propri utenti, entro il modello medico. In particolare nella lettura delle problematiche alimentari, il modello cognitivo comportamentale risulta prevalente, in quanto, secondo il responsabile, in letteratura è dimostrato essere il più efficace nel trattamento di queste patologie. Questo elemento, nonostante convivano modelli diversi dell'intervento psicologico clinico nell'Unità Operativa, appare comunque orientante le scelte formative e le aree di ricerca che la struttura propone entro l'azienda ospedaliera. Per esempio si sostiene e si partecipa attivamente ad una ricerca sull'influenza genetica nei disturbi del comportamento alimentare, adottando un modello che sottende una visione radicalmente medicalizzata di questi problemi.

Dopo questa piccola digressione sulla cultura locale del servizio, riprendiamo il caso. Il terapeuta, in dubbio rispetto all'opportunità per la paziente di una presa in carico "scontata" entro il protocollo previsto dei disturbi alimentari, decide di proporre il problema entro una riunione d'équipe del servizio. Durante l'incontro, poche parole dello psichiatra responsabile sembrano immediatamente risolvere la questione: dal momento che ci sono chiari sintomi di una bulimia, Anna soffre di un disturbo alimentare di cui il servizio si deve occupare fornendo le terapie più indicate. Poco interessa entro quest'ottica sapere, per esempio, perché la paziente senta oggi le questioni lavorative insopportabilmente angoscianti, perché lei "sempre così efficiente e sicura di sé nei rapporti", si senta improvvisamente ed inspiegabilmente sopraffatta ed impotente nel gestire i conflitti che la nuova condizione lavorativa gli impone, tanto da pensare di rivolgersi ad uno specialista per essere aiutata a capire ciò che sta provando. La paziente viene quindi, dopo alcuni incontri con lo psicologo, inserita entro un progetto terapeutico multidisciplinare per affrontare la sua bulimia.

Lavorare entro una struttura pubblica, a differenza dell'incarico conferito entro lo studio privato, comporta che il terapeuta, pur se di diverso orientamento clinico, debba necessariamente avere ben presente la cultura del contesto entro il quale opera. Analizzare la fantasia sottesa alla domanda d'aiuto della paziente nel rapporto con lo psicologo tuttavia si è dimostrato un lavoro utile, prima di proporre la prospettiva di intervento terapeutico indicata dal servizio. Ciò ha consentito di istituire uno spazio entro cui ripensare la modalità di delega e fiducia incondizionata che la paziente manifestava e una riflessione sul rischio che una presa in carico medicalizzante il problema, entro la sola questione del comportamento alimentare, poteva avere nella possibilità di capire di più sul problema di Anna.

Quale è il problema della paziente quindi, se si esclude l'esistenza di una "malattia", addirittura di possibile origine "genetica"? Vediamo alcuni indizi. La fantasia della paziente si rende da subito evidente nel suo proporsi come "la brava paziente", "la brava fidanzata, che non rompe mai le scatole", disponibile ad adeguarsi ai desideri degli altri e apparentemente priva di propri desideri entro le relazioni, votata a soddisfare l'altro a non chiedere nulla, a non arrabbiarsi mai. Chiede sempre, negli incontri, se le cose che dice siano utili e appropriate al lavoro con il terapeuta, si preoccupa di avvisare in caso di ritardo o rinvio degli appuntamenti, è sempre estremamente gentile e puntuale. Nel frattempo, dopo pochi incontri le sedute diventano sature di pretese agite entro fantasie di seduzione, di racconti di sogni ricchi di rapporti sessuali allusi ma mai completamente esplicitati. La paziente afferma di sentirsi talmente immersa in queste fantasie che coinvolgono spesso anche il terapeuta, da non riuscire a pensare ad altro, non sa se è normale e non sa che farci. Entro la propria modalità seduttiva/distruttiva, Anna immagina ora la via per una possibile soluzione della problematica in atto, nella possibilità di una soddisfazione reale entro un rapporto clandestino con il terapeuta, come se tutto il problema si potesse risolvere con la traduzione di queste fantasie sul piano della realtà.

Costruire un senso rispetto a questi aspetti portati entro la relazione terapeutica, riflettendo per esempio sull'inganno del suo proporsi come "senza desideri" e totalmente disponibile ad occuparsi del desiderio dell'altro nel tentativo di tenerlo legato a sé entro una modalità di possesso e controllo, ha reso possibile per la paziente l'avvio di un processo di associazioni in relazione al modo di proporsi entro i rapporti. In questo senso il comportamento alimentare è stato proposto dalla stessa paziente come metafora del problema, quando il terapeuta ha indicato ad Anna di riflettere sul fatto che nel suo raccontarsi in terapia, le sue emozioni e i suoi desideri sembrano essere presenti solo quando parla del piacere con cui si prepara i pasti e di come si lascia andare alle sue abbuffate.

Riconoscendo questo aspetto la paziente aggiunge di provare una sensazione di libertà, di gusto nel lasciarsi andare senza controllo, ma anche di "presa in giro", di "truffa" e senso di colpa verso gli altri, come se l'atto in sé mostrasse un desiderio insaziabile, incontrollabile, rivelasse in sostanza ciò che lei è veramente e il suo sforzo di nascondere.

Rintracciare il rapporto tra la sensazione di inganno che sente di agire nelle abbuffate e gli stessi

sentimenti che suscita nel terapeuta con il suo modo totalmente accondiscendente di porsi nella terapia, consente ad Anna una prima elaborazione delle sue fantasie: voler essere “trasparente”, come spesso dichiara nei suoi racconti, equivale a proporsi senza desiderio e senza domande, in modo dice, da non suscitare risposte aggressive che non saprebbe come gestire. Nelle situazioni di conflitto “invidia” coloro che hanno le “parole giuste”, che sanno “rimettere a posto” e “far sentire piccoli” quelli che si pongono in modo aggressivo. Nel sentire come Anna parla dei suoi vissuti di rabbia e dei sentimenti di impotenza che ha vissuto in queste situazioni conflittuali, il terapeuta le propone l'immagine di una bambina rimproverata, colta con le mani nel sacco.

A partire da un pensiero sulla modalità seduttiva di Anna e sui sentimenti di invidia portati entro la relazione terapeutica (verso colui che ha le “parole giuste”), è stato possibile cogliere il tentativo della paziente di tenere a bada la propria aggressività. Per capire queste fantasie di associazione tra desiderio, possesso, controllo e aggressività è utile cogliere alcuni aspetti della storia della paziente, a partire dalle numerose relazioni sentimentali che ha vissuto e nelle quali si è spesso “introdotta” entro rapporti preesistenti, mettendosi continuamente in competizione con altre donne. Nel sentire i racconti di Anna, appare evidente che l'obiettivo delle sue relazioni non è quello di avere per sé gli uomini scelti, ma di competere indirettamente con le loro ignare compagne o mogli. Questa dimensione o fantasia del rapporto è così importante per Anna che spesso le relazioni terminano paradossalmente quando gli uomini decidono di lasciare le loro compagne per lei, cosa che la paziente dichiara assolutamente di non volere. Un altro paradosso interessante è la funzione riparatoria dei legami che la paziente sente di assumere entro questi rapporti che lei definisce quasi sempre in crisi e che grazie alla sua presenza immagina di salvare. Anche adesso per esempio, vivendo una relazione “normale” con un uomo separato, spesso nelle discussioni con lui prende le difese della sua ex moglie nel tentativo sembrerebbe di far riallacciare, o comunque di non rompere, dei legami.

Alcuni aspetti dei rapporti familiari di Anna aiutano a costruire un senso intorno alla seduzione che mette in atto nelle relazioni nel tentativo di ridurre l'angoscia. Emerge che ha avuto un padre desiderato ma tenuto sempre lontano, separato dagli affetti delle due figlie, da una madre descritta come estremamente fredda, dedita a soddisfare i propri desideri e preoccupata solo di mantenere le apparenze con gli altri e di tutelare la tranquillità di un marito apparentemente depresso. Anna descrive la casa in cui è cresciuta come “una bella casettina con giardino e fiori, perfetta fuori e gelida dentro”, in cui ogni desiderio è interpretato dalla madre come un capriccio che mina la tranquillità della casa e del padre. L'utilizzo dei contenuti onirici portati in terapia della paziente attraverso un'analisi delle “parole dense” (Carli & Paniccia, *op. cit.*) può aiutarci a comprendere la dimensione distruttiva vissuta dalla paziente rispetto alla manifestazione dei propri desideri: freddo, artificiale, cibo, grande, attraente, apparenza, avvelenato, automa, fuggire, colpire, sedurre, scappare, disinfettare, padre. In un altri sogni: uomo, grande, scelta, donna giovane, guardare, desiderare, infilarsi, sedurre, fuggire, gelosia, assicurare, madre, sorella.

Sembra utile riprendere alcune sue parole per provare a dare un senso alle fantasie della paziente: per esempio, Anna “invidia” chi ha. Melanie Klein, nel suo “Invidia e gratitudine” afferma: “(...) il rapporto carico di invidia verso la madre si manifesta in una rivalità edipica eccessiva, dovuta più che all'amore per il padre all'invidia nei confronti della madre per il possesso del padre e del suo pene. Il padre diventa un'appendice della madre. In futuro, quindi, ogni successo nei rapporti con gli uomini diventerà una vittoria riportata su un'altra donna. (...) Altre conseguenze derivanti dalla fuga dall'oggetto primario sono l'idealizzazione del padre e del suo pene, la frigidità.” (Klein, 1957 p.53).

Da un punto di vista psicoanalitico l'invidia è un portato della pulsione di morte: non potendo possedere le caratteristiche ambite dell'oggetto, il bambino ne desidera la distruzione. Desiderio, possesso e distruzione, elementi fortemente presenti nei sogni della paziente, sembrano indizi utili a comprendere le difficoltà ad agire le proprie parti aggressive e a vivere come angoscienti le situazioni conflittuali nelle quali si trova suo malgrado implicata. Abbiamo detto come anche nei suoi rapporti sentimentali “clandestini” le fantasie predatorie agite attraverso la costruzione di relazioni “a tre” convivano e siano ridimensionate da fantasie riparatorie, in cui la paziente afferma che la sua presenza è finalizzata al mantenimento della coppia quindi alla costituzione e non alla

rottura dei legami.

Ma perché Anna si rivolge in questo momento al servizio? Anna è stata presa in carico con una diagnosi di bulimia. Aver assunto scontatamente che questa fosse una malattia da trattare, avrebbe reso difficile per Anna cominciare a pensare alle difficoltà e all'angoscia che viveva nelle relazioni quando la modalità seduttiva non poteva trovare soddisfazione e riscontro. L'essersi confrontata con il dover organizzare il licenziamento di alcuni dirigenti ha reso impossibile l'istituzione di questa modalità relazionale. Ciò l'ha resa fortemente angosciata sia per la reazione aggressiva messa in atto dalla controparte investita di autorità, che per il vivere la modalità con la quale viene incaricata di rompere dei legami tra i lavoratori e l'azienda in modo "violento", dove l'atto del "licenziare" sembra rivelare la parte distruttiva di Anna, "colta con le mani nel sacco".

Siamo di fronte ad un evento critico dovuto al fallimento di una modalità collusiva che fino a quel momento la paziente aveva potuto conciliare con gli obiettivi sia lavorativi che affettivi, la stessa modalità con la quale Anna istituisce da subito il rapporto con lo psicologo. Nella relazione con lo psicologo, l'impossibilità di agire la seduzione entro il setting terapeutico e lo sviluppare un pensiero rispetto a queste fantasie e alla "cura" offerta entro il servizio, senza darle per scontate, ha consentito alla paziente una maggior consapevolezza dei propri sentimenti d'angoscia. In termini relazionali, la seduzione di Anna, per esempio, è una seduzione che "fa fuori" una volta raggiunto l'obiettivo di "condurre a sé", di "mettere dentro", possedere appunto. La paziente rispetto a questo ricorda di aver interrotto la sua prima psicoterapia quando perse l'interesse per il rapporto con la terapeuta perché, dice "sentivo che ero riuscita a portarla dalla mia parte". Proporre una riflessione attraverso una lettura di questi modi di stare entro i rapporti a partire dalle neoemozioni agite entro la relazione terapeutica, ha consentito alla paziente di cominciare a provarsi entro esperienze di scambio e non solo di possesso e controllo, sia entro la terapia che nei propri contesti, famigliari, amicali e lavorativi. Indizi di sviluppo, dopo un anno di terapia, si potrebbero sintetizzare in una ricerca di autenticità e visibilità, a partire dalla possibilità di sostenere di avere dei propri desideri ed essere in grado di proporli entro le relazioni con gli altri.

Delle "abbuffate" dice di avere ancora bisogno, ma una novità è rappresentata dal fatto che qualche volta afferma di riuscire a tenere il disagio dei propri sentimenti e a non mettere in atto l'abbuffata.

Un altro indizio riguarda il desiderare di essere "visibile" e più autentica nei rapporti con gli altri. Verso il termine della terapia comunica al terapeuta di essere riuscita per la prima volta, nell'ambito di una sua esperienza di partecipazione ad un gruppo di danza, pur con molta difficoltà e angoscia, ad accettare la proposta della coreografa di occupare la prima fila durante lo spettacolo. Contro ogni sua aspettativa, ha ottenuto successo, nonostante non potesse più "copiare" o nascondersi dietro qualcuno davanti a lei come aveva sempre fatto. Questa esperienza, dice, l'ha resa molto soddisfatta di sé e l'ha vissuta come autentica. Nella relazione terapeutica appare evidente come gli incontri siano sempre più ricchi di progetti e desideri di Anna, in campo sentimentale e rispetto alle proprie scelte lavorative. Tutti i rapporti della paziente sembrano meno governati da una modalità seduttiva/adattiva, spesso rivista in chiave ironica. Tradotto in termini di vissuto del terapeuta, potremmo dire che nella relazione con Anna è stato possibile, attraverso la rinuncia ad una traduzione "normalizzata" della domanda, uscire dall'angolo cui sembrava inevitabilmente relegare la proposta seduttiva e controllante della paziente, per avere più spazio intorno da esplorare, più autenticità per costruire qualcosa di utile e interessante.

Il caso di Clara

Il secondo caso che abbiamo scelto di proporre è seguito da circa due anni da uno di noi, prima nel contesto del tirocinio di specializzazione, svolto in un CSM romano, poi, alla conclusione di questo, nell'ambito di un accordo tra la psicologa, il servizio e la famiglia. La paziente, con una diagnosi di psicosi schizofrenica con prevalenza di sintomi negativi, è in carico al servizio da molti anni. Riteniamo questa situazione interessante in quanto ha avuto negli ultimi tempi degli sviluppi che pensiamo mostrino la criticità, anche nell'ambito della patologia psichiatrica grave, del

concetto di cronicità, se pensato come caratteristica invariante messa unicamente a carico del paziente. Clara ha 50 anni, l'esordio della sua malattia risale a quando ne aveva 17. E' in carico al servizio dal 1999, dopo essere stata a lungo seguita da diversi professionisti privatamente. Dal 1989 lavora presso una pubblica amministrazione come dattilografa, dove è stata assunta in quanto figlia di invalido.

La paziente vive con la madre, anche lei con problemi di salute mentale. Ha poi un fratello che costituisce l'unico interlocutore della famiglia per il servizio e per l'amministrazione nella quale Clara lavora. I due sono quasi coetanei, molto legati tra loro, tanto che la madre quando erano piccoli era solita chiamarli "i gemelli". Il fratello è uscito di casa in giovane età, come egli stesso dice "per salvarsi" dalla situazione, ha lavorato e studiato tenendosi per un lungo periodo piuttosto lontano dalla famiglia, alla quale si è riavvicinato, in sostanza per occuparsene, da una decina di anni.

Il rapporto tra il servizio e il fratello di Clara nel corso degli anni è stato difficile: si è spesso dichiarato insoddisfatto della gestione della situazione da parte dei curanti, minacciando di sporgere denuncia. Un paio di anni fa, lo psichiatra responsabile del caso è andato in pensione e la paziente assegnata ad una nuova équipe, coordinata da un altro medico. Questo evento ha consentito l'aprirsi di una nuova fase di accoglienza, di istituzione di rapporti e di progettazione dell'intervento. Rispetto a quello precedente, di cui si sono potute riscontrare solo poche tracce nella cartella clinica, risultava che Clara era stata in carico ad uno psichiatra, ad un'assistente sociale e seguita in psicoterapia per 5 anni da una psicologa, prima tirocinante e poi volontaria. Nulla di più si poteva evincere rispetto al lavoro svolto in passato; così come la paziente, anche il servizio appariva muto e la loro relazione cronicamente silente.

Il passaggio fondamentale nella nuova fase del trattamento, ciò che secondo noi ha consentito importanti sviluppi per la paziente, è stato il progettare un intervento che non si facesse carico unicamente della malattia di Clara, ma che prendesse avvio anche dal considerare le domande di coloro che a vario titolo erano coinvolti nella relazione con lei e con il servizio. Si è ripartiti così dall'accogliere la domanda del fratello, che portava al servizio un problema: il conflitto nel quale era implicato nell'ambito della relazione con la pubblica amministrazione nella quale Clara lavora. Un carteggio dai toni non sempre cordiali denunciava l'assoluta apatia della paziente e la sua impossibilità di svolgere alcun compito nel contesto lavorativo, dove trascorrevano le giornate nella sua stanza su un divano, a volte urlando, fumando una sigaretta dietro l'altra, con un computer e un telefono staccati. Nel suo difficile rapporto con l'amministrazione e con il servizio, il fratello appariva orientato ad una strenua difesa del lavoro per la sorella. Riconoscere nelle sue pretese agite una domanda al servizio, ha consentito di pensare insieme a lui all'esistenza di una fantasia di "risoluzione" del problema, che imponeva la presenza di Clara al suo ambiente di lavoro. A ben guardare potremmo dire che eravamo tutti entro una simbolizzazione di rapporti a catena fondati su un potere incompetente, quindi violento: c'era l'aspettativa che la malattia venisse subordinata al potere della tecnica medica, a sua volta sottoposta a quella dei magistrati, a cui il fratello aveva minacciato più volte di rivolgersi; infine c'era il suo potere agito attraverso le "conoscenze" nella pubblica amministrazione in cui la sorella lavorava.

Proponiamo che la fantasia di "risolvere" sia produttrice di cronicità, ponendosi come obiettivo il ripristino della normalità, entro l'agito di una fantasia violenta di negare la diversità. Al contesto lavorativo di Clara era stata imposta la sua presenza, una presenza che questo non sapeva trattare e che quindi tentava di ignorare, rivolgendo inconsciamente verso Clara parte dell'aggressività suscitata dal sentirsi vittima di un'imposizione da parte del fratello. Trattare la domanda del fratello e la sua angoscia, offrendo una lettura di quanto stava accadendo, gli ha consentito di affiancare la sorella, di sviluppare una competenza di scambio nelle relazioni piuttosto che agire esclusivamente fantasie di possesso e potere sull'altro. Con il suo accordo e attraverso il coinvolgimento del responsabile sul luogo di lavoro di Clara, si è sospeso l'agito di un lavoro falso in cui la paziente si trovava. E' stata concordata una sua temporanea uscita dal lavoro, attraverso l'utilizzo di periodi di malattia e ferie non precedentemente goduti. E' stata rivista la terapia farmacologica ed effettuato il suo inserimento nel Centro Diurno, con la proposta di partecipare ad una serie di attività quali la riunione settimanale, il laboratorio di lettura dei giornali,

quello di cucina, e quello di informatica. Da un luogo in cui Clara non veniva riconosciuta, se non attraverso i suoi limiti, è passata ad uno in cui lo scambio era possibile.

L'evoluzione dell'intervento è stata monitorata con una frequenza mensile attraverso incontri a cui hanno partecipato gli operatori delle diverse strutture implicate sul caso, la paziente e il fratello.

La fase di sospensione dal lavoro di Clara è durata poco più di un anno. In questo periodo la psichiatra referente del caso ha proposto ad uno di noi di implicarsi in questo intervento. La psicologa ha così iniziato ad incontrare la paziente con una frequenza settimanale, recandosi al Centro Diurno, offrendole il caffè e andando insieme al parco, con l'obiettivo di provare a stabilire una relazione. Clara si è quasi sempre mostrata disponibile a questo tipo di proposta e ben disposta nei confronti della psicologa, ma la sua modalità di interazione era del tipo "a domanda, rispondo", con monosillabi, senza che prendesse mai una qualche iniziativa. I loro incontri avevano rapidamente assunto una certa ritualità, la psicologa viveva la sensazione che tutto si ripettesse sempre nello stesso modo, che si fosse "fermi". Era difficile sostenere emotivamente quel rapporto e la terapeuta coinvolta dentro una relazione psicotica, avvertiva il desiderio di introdurre degli elementi di discontinuità, ma sentiva anche che "starci", senza pretendere di renderla "meno psicotica" e più conforme alle proprie aspettative, sembrava di fondamentale importanza.

Discutendo di questi aspetti con la psichiatra del servizio è nata l'idea di provare a proporre a Clara degli incontri in cui potessero insieme raccogliere la sua storia. Sorprendentemente la paziente non solo ha accettato, ma questa opportunità ha avuto il potere di attivarla più di quanto ci si aspettasse dal rapporto e lei ha iniziato a parlare di sé. Un'ulteriore evoluzione della relazione si è avuta quando si è pensato di proporle di effettuare delle esercitazioni settimanali al computer, in continuità con quanto faceva nel laboratorio di informatica. Il lavoro si è quindi concentrato inizialmente sulle attività collaterali a quella di trascrivere un testo attraverso l'uso di un personal computer, e in una seconda si è passati dalla trascrizione di testi a scrivere dei diari delle sue giornate, dei suoi pensieri. Crediamo che la caratteristica di non essere in un rapporto vis a vis, ma mediato dal computer, abbia costituito un potente facilitatore nella relazione. Inoltre pensiamo che il fatto che in quello spazio fosse lei, tenendo le mani sulla tastiera, a condurre il lavoro, l'abbia spronata ad uscire da quella dimensione di passività mortifera che tende a proporre continuamente nelle relazioni.

Riteniamo che sia stato a partire dall'accoglimento del linguaggio di Clara, dei suoi tempi, dei suoi silenzi, delle occasioni in cui si è dichiarata non disponibile alla relazione con la psicologa, che è stato possibile costruire una relazione significativa tra loro. A tale proposito vorremmo citare un testo molto interessante, ancorché scritto più di mezzo secolo fa, che presenta i risultati di uno studio sulla schizofrenia condotto, secondo un'ottica psicoanalitica, da un'équipe medica a diretto contatto con due gruppi di pazienti cronici ospedalizzati (Freeman, Cameron & McGhie, 1972). Gli autori impostano il programma terapeutico soprattutto su un nuovo e più ampio significato da attribuire alla funzione del personale infermieristico nel rapporto con i pazienti. Essi propongono come requisiti fondamentali all'istituzione di una relazione significativa tra pazienti e infermiere, degli elementi che riguardano la continuità nel tempo della presenza fisica delle infermiere e la loro capacità di contenere l'ansia. Riteniamo che tali elementi abbiano caratterizzato la modalità della psicologa di entrare in relazione con Clara e che ciò abbia costituito per lei un'importante risorsa terapeutica. Ma vediamo meglio che cosa intendiamo, in accordo con gli autori. Come si accennava è capitato che Clara si sia sottratta alla relazione con la psicologa, a volte andando via in anticipo dal Centro Diurno nonostante avessero un appuntamento, altre volte dichiarando la sua indisponibilità a lavorare con lei. A queste sue azioni non sono seguiti dei rimproveri secondo un approccio psico-educativo, messo in atto a volte da altri operatori, spesso con un effetto destabilizzante su Clara, ma i suoi comportamenti venivano visti e tollerati dalla relazione, potevano entrare a farne parte perché l'obiettivo fondamentale che guidava l'intervento della psicologa era che Clara potesse mantenere attivo il suo desiderio a parteciparvi.

Dopo circa un anno di sospensione, Clara è tornata a lavoro. Per il suo reinserimento, in accordo con il responsabile, è stato pensato un part-time di cinque giorni lavorativi, al termine del quale Clara si reca al Centro Diurno, dove pranza con gli altri utenti, per poi tornare a casa. Per conto del

servizio la psicologa ha assunto la funzione di monitorare questa delicata fase del lavoro con Clara recandosi sul luogo di lavoro, con la frequenza di due volte alla settimana perché, come dice Clara, il computer del Centro Diurno funzionava, per aiutarla a “sbloccare” anche quello in ufficio. Oggetto del lavoro in quella sede è la relazione tra Clara, il datore di lavoro e i colleghi. Preso atto del miglioramento clinico di Clara, la priorità condivisa dal servizio con il fratello e il responsabile di Clara era che il reinserimento si svolgesse in discontinuità con quanto era accaduto in passato, (l'abbandono di Clara nella sua stanza senza alcun obiettivo produttivo) e compatibilmente alla possibilità per la paziente, tutta da costruire, di trarne un giovamento.

E' stato presto chiaro per la psicologa che il responsabile di Clara sul luogo di lavoro si sentiva animato da un sentimento ambivalente rispetto alla situazione. Per sue esperienze personali egli si sentiva “solidale” con la causa di Clara, che definiva una “poverella”, ma nonostante ciò, era convinto che si dovesse esonerarla dal lavoro per curarsi, non ritenendo che compito del suo ufficio fosse quello di “badarle”. Appariva molto arrabbiato con l'amministrazione che, affermava, non assumendosi l'onere di dichiarare l'inabilità di Clara al lavoro, semplicemente perché “se ne frega”, lo costringeva a “stare nell'illegalità”. Tale posizione emozionale del responsabile rispetto alla presenza di Clara appariva problematica in quanto la solidarietà si porta dietro la tolleranza, ma nulla di più.

L'arduo obiettivo sul quale si è lavorato con lui e le colleghe, dal momento che legale o illegale, giusto o sbagliato che fosse, Clara era rientrata a lavoro, è stato quello di provare ad individuare per lei un lavoro vero. Poco, semplice, ma vero. Ciò è stato possibile a partire dall'aver costruito un atteggiamento “laico” rispetto al suo reinserimento, che non appariva più come una pretesa a prescindere dai prodotti che si sarebbero costruiti. L'intervento è passato di sovente per delle azioni interpretative riorganizzanti le relazioni reciproche. Al momento del rientro di Clara ad esempio, nonostante fosse stato concordato da tempo, non era ancora disponibile un computer per lei. L'intervento in quel caso è consistito nel sollecitare il chiedersi che cosa nel frattempo lei avrebbe potuto fare, così come si sarebbe fatto nel caso in cui fosse stato qualcun altro a non avere un computer a disposizione, quindi la possibilità di lavorare. La presenza della psicologa in questo senso riveste un ruolo rassicurante, il contesto di lavoro non è più solo ad occuparsi di una situazione che non sa gestire: i dubbi, le difficoltà, le emozioni sperimentate possono trovare un contesto di condivisione nell'ambito di un più ampio progetto di intervento. A Clara viene assegnato il compito di trascrivere le pagine di alcune sentenze ed ella è molto rapida e precisa nel farlo. Nonostante il sostegno della psicologa, persiste però la tendenza di Clara all'isolamento, a “sparire” se non richiamata da altri alla relazione, tanto che spesso nei giorni in cui la psicologa non si reca sul luogo di lavoro lei passa l'intera mattinata senza accendere il computer, non chiedendo agli altri di attribuirle un compito, né spesso le segretarie lo fanno di loro iniziativa. Da loro e dal responsabile nel corso del tempo è più volte arrivata alla psicologa la richiesta di essere presente più della disponibilità che ha offerto, come se Clara andasse “seguita” costantemente.

Nel corso dei mesi Clara ha iniziato a ridurre il tempo della sua presenza a lavoro, in modo non concordato, fatto interpretato nel contesto di lavoro come segno di una sua probabile regressione. Di certo il tempo per Clara segue un suo orologio interno, molto più che gli accordi presi; è anche vero che il lavoro che è stato possibile costruire per lei è limitato e spesso si trova a non avere nulla da fare. Non condividiamo scontatamente la lettura del mutato comportamento di Clara come sintomo di una regressione, anzi pensiamo che il fatto che lei decida di chiedere di anticipare il suo ingresso al Centro Diurno possa essere interpretato, solo apparentemente in modo paradossale, come un prodotto del suo miglioramento. Oggi, certamente più di un tempo, lei soffre la condizione dell'essere lì senza fare nulla, la sua competenza e il suo desiderio a stare in relazione sono cresciuti. Questo non fa sì che Clara “sia guarita”, sarebbe probabilmente irrealistico pensare che lei possa costruire una reciprocità con gli altri tale da consentirle di continuare a lavorare al di fuori di una rete protetta. Peraltro in questo tempo la situazione ha richiesto al contesto di lavoro di Clara uno sforzo che riteniamo non si possa, né sia utile, continuare a richiedere a lungo.

Da qualche mese, tenuto conto di questi elementi e del fatto che la riforma del sistema pensionistico potrebbe in futuro rendere più complicato per Clara fare richiesta di un

pensionamento agevolato, nell'ambito dell'équipe referente del caso si è andata delineando l'idea che probabilmente questa sarebbe la strada più utile da seguire. Sembra che finalmente ci siano le condizioni per avviare un confronto più sereno su questo tema tra i vari attori in gioco. Non si tratta più di espellere Clara o di ignorarla, né di imporre la sua presenza. Il fratello di Clara, nonostante ciò, mostra di nutrire ancora delle resistenze rispetto all'ipotesi di un suo pensionamento anticipato, possibile attraverso una certificazione di inabilità al lavoro. Probabilmente egli nutre un senso di colpa per essersi allontanato tanti anni fa da Clara e dalla famiglia che lo porta a sottostimare le difficoltà della sorella. Riteniamo che il fatto che a lungo Clara abbia sostenuto di voler continuare a lavorare non facendolo, avesse a che fare con la difficoltà che sentiva a disattendere le aspettative del fratello.

Proprio rispetto a tale questione la psicologa ha lavorato con lei nell'ultimo periodo, nella convinzione che la priorità fosse evitare una condizione senza una funzione produttiva che la metta in rapporto agli altri.

Nell'ultimo incontro a cui hanno partecipato l'équipe del servizio, la psicologa, Clara e il fratello, la paziente, invitata ad esprimersi rispetto alla sua esperienza di lavoro, inaspettatamente (non avendolo mai fatto prima, neanche nel rapporto con la psicologa), ha dichiarato, in modo molto chiaro, il suo desiderio di terminare il lavoro e andare in pensione per riprendere a frequentare il Centro Diurno. Il fratello, sorpreso come tutti i presenti, l'ha lungamente interrogata rispetto a questa decisione stando su un piano concreto. Clara in modo molto competente e fermo, ha ribadito più volte la sua decisione, parlando di una stanchezza che vive nell'ambiente di lavoro e che si coglieva chiaramente nelle sue parole. La paziente faceva riferimento al contesto del Centro Diurno e a quello del lavoro come a due luoghi in cui le reciproche simbolizzazioni affettive sono molto diverse e ci stava dicendo che stare in un contesto produttivo, senza sentire di poter essere tale, era per lei troppo faticoso da sopportare.

Crediamo ora che il prodotto del reinserimento di Clara al lavoro sia rintracciabile nell'aver offerto l'occasione ai vari attori in gioco di elaborare lo strappo che si era verificato e di allargare il campo delle possibilità, anche a quella di una sua uscita concordata e programmata dal lavoro. Tale prodotto è stato raggiungibile, in definitiva, attraverso la messa in campo, nell'intero arco dell'intervento, di una funzione psicologica che ha aiutato i vari interlocutori a sviluppare la loro competenza a stare in relazione. Ciò è passato per il superamento di un'ottica psico-educativa, che aveva come unico oggetto Clara e il suo comportamento, a favore dello sviluppo di una competenza di tutti a riconoscere le emozioni nelle relazioni entro il contesto nel quale Clara vive, con un evidente effetto benefico per lei.

Cronicità, cambiamento e sviluppo

Abbiamo presentato due casi che nelle loro premesse sembravano destinati a rimanere entro un processo di cronicizzazione, proponendo la tesi che la lettura del problema, entro la proposta psicologico-clinica messa in campo, ne abbia invece consentito un'interessante evoluzione.

In quest'ultima parte del lavoro tenteremo di esplicitare quali specificità nel metodo di intervento utilizzato, rispetto al vasto panorama di teorie e prassi che orientano l'agire psicologico entro i servizi, abbiano consentito l'avvio di un processo che non si concretizzasse entro una cronicizzazione dei problemi.

A partire da un'analisi del termine "cronicità", proviamo ad esplicitare meglio il costrutto della nostra discussione: *cronicità* deriva da *chronos*, il tempo che fa giustizia; segna un'epoca dal suo principio alla sua fine; nella sua caratteristica di uniformità e irreversibilità non ha altri fini. La sua stessa etimologia ci suggerisce una caratteristica che riteniamo fondante il processo di cronicizzazione: l'assenza di fini, di obiettivi che guidino il lavoro. E' necessario in primo luogo chiederci dunque quale riteniamo sia l'obiettivo dell'intervento psicologico clinico. La tesi che proponiamo è che esso possa perseguire due strade tra loro inconciliabili: il cambiamento dell'altro "malato" in un'ottica diagnostica, o lo sviluppo del cliente, sia esso individuo, organizzazione, comunità, a partire dalla relazione.

Vediamo la prima: *il cambiamento*. Entro un modello che ragiona in termini di scarto dalla media dei comportamenti messi in atto rispetto ai comportamenti attesi, i problemi sembrano facilmente individuabili, specialmente entro il mandato sociale dei servizi di “cura”. Come ha più volte sottolineato Carli (1987), il cambiamento terapeutico, considerato entro la prospettiva di ipotesi di sviluppo normale della mente, ha l'obiettivo di ripristinare tale sviluppo. Freud (1937) nelle sue considerazioni sul termine dell'analisi, in un famoso saggio, ha in parte assunto questa posizione rispetto all'idea di cronicità. Egli sottolinea che se da un punto di vista pratico è certamente possibile interrompere un trattamento psicoterapeutico, dall'altro, assumendo come presupposto i fini che si propongono analista e analizzato, ciò risulta certamente più problematico e in fin dei conti difficile da definire. Un buon criterio per terminare un'analisi potrebbe essere individuato, secondo l'Autore, nella scomparsa dei sintomi e nel superamento delle angosce ed inibizioni da parte del paziente, e da parte dell'analista nella convinzione che una continuazione del trattamento non comporterebbe alcun ulteriore cambiamento nel senso auspicato. Freud postula però l'ipotesi di un limite ai risultati ottenibili con l'analisi, rappresentato da ciò che egli definisce i fattori costituzionali dei sintomi nevrotici. Anche qui ci sembra che il riferimento alle caratteristiche del cliente come limite alle possibilità dell'analisi, ma potremmo dire più in generale dell'intervento psicologico-clinico, nasca dal presupposto che il problema sia rappresentabile a priori entro un sistema di attese coincidente con la remissione dei sintomi che hanno portato il paziente, o chi per lui, a richiedere l'aiuto dello psicoanalista. Di fronte al fallimento della collusione sulla possibilità di “risoluzione”, ricorrere alla cronicità come ad uno stato che giustifica l'impossibilità di un cambiamento sembra l'unica modalità possibile per mantenere una rapporto. Ma a ben vedere “risolvere” e “cronicizzare” rappresentano le due facce di una stessa medaglia: il disfarsi della relazione.

Abbiamo parlato del conformismo come dimensione fondante il processo di cronicizzazione, esplicitiamo meglio questo aspetto: in un manuale di psichiatria (Ferrara & Germano, 1993) che fa riferimento al modello cognitivo comportamentale, viene detto che l'obiettivo della riabilitazione va individuato nel ripristino delle competenze sociali compromesse (i patterns comportamentali e affettivi e il ruolo sociale dell'individuo). Pensiamo al caso di Clara che esita invece nella sua richiesta di pensionamento anticipato, nel fatto che smetterà di andare a lavoro per recarsi al Centro Diurno. Ad una lettura superficiale, entro un'ottica conformista, questo evento può facilmente essere interpretato come una regressione sul piano delle competenze sociali della paziente, ma ciò a patto di trascurare molti elementi di contesto: la “falsità” della sua precedente condizione di lavoro, l'ignoramento a cui era sottoposta e soprattutto l'impossibilità per lei di esplorare ed esprimere i propri desideri, schiacciata dal sistema di pretese agite dal fratello nel rapporto con il contesto di lavoro e il servizio. Entro questi presupposti, la scelta della paziente rappresenta, a nostro parere, una speranza di sviluppo nella sua competenza a costruire relazioni, nell'idea che non soltanto “entrare”, ma anche saper organizzare “l'uscita” da un contesto di lavoro, possa essere il prodotto di uno scambio.

La paziente compie una scelta competente, forse l'unica sensata entro un sistema che aveva prodotto una situazione senza possibilità di sviluppo, in quanto chiede di interrompere il rapporto di lavoro ed essere collocata in pensione non per chiudersi in un isolamento, ma per dedicarsi al lavoro che viene svolto presso il Centro Diurno, dove si sente maggiormente competente nel costruire rapporti e raggiungere gli obiettivi che li vengono proposti. Probabilmente, se pensiamo anche al caso di Anna, convincere la paziente a risolvere la questione semplicemente correggendo i suoi comportamenti alimentari, avrebbe irrigidito la relazione entro una dinamica di controllo reciproco senza possibilità di sviluppo. Nello stesso manuale la cronicità viene così definita come il persistere della disabilità legata alla malattia mentale, in seguito al fallimento di un trattamento adeguato. Viene dunque proposta l'esistenza di una tecnica adeguata, a prescindere da ciò che produce, e a chi viene erogata. All'atto tecnico segue la valutazione dell'altro in termini di esito, non la verifica del processo che concerne il rapporto. L'attenzione appare unicamente finalizzata al mantenimento della cosiddetta “alleanza terapeutica”, spesso intesa come assenza di conflitto, entro un rapporto connotato dalla dipendenza acritica del paziente dal tecnico che agisce su mandato sociale. Così, in assenza di un obiettivo condiviso, la presa in carico del problema può

assumere un tempo indefinito o andare verso un fallimento della relazione dell'utente con i servizi, con conseguente interruzione dell'intervento, quello che in alcune ricerche sull'efficacia viene definito con il termine "drop out", inteso come una rinuncia, un abbandono da parte dell'utente "non concordato" con il terapeuta.

Come abbiamo visto, abbiamo proposto che nelle nostre esperienze gli eventi critici che si sono prodotti all'interno del rapporto con il terapeuta e i servizi hanno invece rappresentato utili elementi di conoscenza del problema per un suo sviluppo. Infine un'ultima importante notazione: l'intervento, nel modello proposto dagli Autori, concerne l'individuo. Il contesto e la famiglia, vengono presi in considerazione soltanto in quanto potenziali ostacoli al trattamento della malattia del paziente, poiché spesso non rinforzano i comportamenti adattivi, ma ne stimolano piuttosto la disfunzionalità. In questo senso anche loro devono essere "trattati": i soggetti della riabilitazione sono il paziente, ma anche i familiari o i terapeuti che si lasciano irretire in relazioni senza speranza di cambiamento (dal paziente) (Ferrara & Germano, *op. cit.*).

Un modo molto diverso di guardare alla crisi psichiatrica è leggerla come una crisi della convivenza, a carico di uno degli attori del sistema di convivenza stesso. In questa direzione va il contributo dello psichiatra Raffaele Galluccio (2011), che lavora in un Servizio di Salute Mentale di Reggio Emilia, nel suo articolo "Il servizio psichiatrico territoriale: mutamento istituzionale e nuova operatività"; l'Autore, in accordo con noi, prende una distanza dalla concezione diagnostica della malattia mentale intesa come essenza naturale, che si manifesta attraverso sintomi specifici, in favore di una lettura contestuale. Egli propone l'esistenza di due tipologie ideali di servizi psichiatrici attualmente operanti in Italia, che in quanto tali non esistono nella loro forma pura nella realtà, in cui sono sempre compresenti; le definisce rispettivamente "servizio clinico" e "servizio etico". Tali tipologie sono la risultante, nella tesi proposta dall'Autore, in accordo con una lettura condivisa da molti altri, della nascita di servizi eclettici dopo la legge 180, in cui coesistevano riferimenti differenti ed eterogenei. Tali tipologie non differiscono per il tipo di organico o di strutture che le compongono, ma lo fanno significativamente per quanto riguarda la definizione dell'oggetto del proprio agire, per le relazioni che intercorrono tra i membri dell'équipe e con i pazienti e il contesto, per la concezione implicita della cura che li guida, quindi per le pratiche e gli esiti del proprio agire. Tra le caratteristiche dei servizi clinici annovera la conformazione gerarchica di ruoli e funzioni dell'équipe, al cui interno il medico è descritto come depositario di un indiscusso potere con una ripetitività delle prassi seguite che, come dice Galluccio, producono e somministrano reificazione. La relazione con il paziente è descritta come "oggettivazione" della malattia, quella con il contesto sociale è caratterizzata dalla conferma di una visione del dolore psichico coartato in malattia mentale, mentre il servizio si propone come agente di terapia-controllo, la pratica è caratterizzata dalla somministrazione (di farmaci, lavoro, ricoveri...). Quali oggetti di lavoro del servizio etico vengono invece individuati "l'angoscia umana", "la coazione comportamentale" e "i disturbi della relazione". L'équipe viene descritta come maggiormente conflittuale ma anche più efficace. La relazione con il paziente viene messa al centro del lavoro, connotata dall'ascolto, dalla ricerca e dall'attribuzione di senso. All'interno della comunità l'équipe opera combattendo il pregiudizio di insensatezza della follia, di incomprendibilità del dolore del folle, e di imprevedibilità dei suoi comportamenti, utilizzando una modalità ostensiva, che fa riferimento alle azioni parlanti di Racamier, definita, sempre secondo l'autore citato: una modalità relazionale col folle tanto strutturalmente simile a quella che intercorre tra normali, quanto per questi inattesa e sorprendente. L'utilizzo dei termini "folle" e "normali", più volte ripetuto sorprende, appare desueto e in contraddizione con le tesi che si stanno proponendo, salvo poi ricomporre la scissione tra gli uni e gli altri annoverando tra gli obiettivi dell'équipe etica quello di promuovere una coscienza di malattia degli stessi "normali". L'équipe etica promuove l'evoluzione della relazione tra normali e folli, da relazione negativa e di esclusione, a relazione dialettica di inclusione; evoluzione che avviene principalmente attraverso il cambiamento dei normali (cura della normalità) e che richiede, come passaggio necessario, la critica della normalità ed il disvelamento della sua propria patologia, alla luce del senso della follia (Galluccio, *op. cit.*).

Questo contributo, dicevamo, a partire dalla critica della posizione diagnostica, ci sembra per molti versi vicino a quanto stiamo proponendo in questo lavoro. C'è però, una sostanziale differenza.

Ciò che orienta il lavoro di quella che viene definita "l'équipe etica" è la prescrizione di esiti sociali: la restituzione al diritto di cittadinanza, alla casa, al lavoro, le pratiche di inclusione, ecc., non la costruzione di obiettivi contingenti alla specifica relazione con un dato paziente inserito nel suo altrettanto specifico contesto. Quelli citati sono valori, linee di tendenza condivisibili, ma ci sembra manchi una teoria della relazione sociale e del modo di essere inconscio della mente, quindi la possibilità di proporre interpretazioni e azioni interpretative fondate su una lettura simbolica degli eventi che concernono i contesti e le relazioni. A tale proposito Carli e Paniccia (2005) propongono che soltanto attraverso una teoria del legame sociale sia possibile creare sviluppo nei contesti di contenimento della malattia mentale, invece che limitarsi a richiedere al contesto un atteggiamento di accettazione e sopportazione dell'estraneo-malato, rappresentato come una persona senza speranza di sviluppo. Limitarsi infatti a voler "includere", come a lungo si è fatto negli anni seguenti alla legge 180, chiedendo ai contesti di appartenenza dei pazienti di assumere su di sé il peso della gravità (dal latino *gravitatem*, che indica la qualità di un oggetto avente tendenza a cadere, che esercita un peso appunto), sottintende una simbolizzazione collusiva del paziente come un peso, eliminando qualsiasi possibilità di sviluppo delle relazioni tra questo e i suoi contesti di appartenenza. Ciò che invece nel caso di Clara è stato possibile, proprio attraverso la sospensione e la possibilità di pensare sulla fantasia di dover a tutti i costi "includere".

Un'ultima notazione interessante a proposito di questo caso; la psicologa nel contesto di lavoro è stata più volte scambiata per un'assistente sociale, per il semplice fatto che si trovasse lì, nell'assunto che il lavoro dello psicologo consista in altro e che abbia un setting proprio, a prescindere. Fantasia evidentemente condivisa da molti psicologi; ricordiamo che la stessa paziente era stata per anni seguita entro un setting psicoterapeutico, a prescindere dall'evidente difficoltà per lei di assumere una funzione resocontante rispetto alle esperienze che viveva nei suoi contesti di appartenenza. E' stato necessario entrare direttamente in rapporto con i suoi interlocutori, per poter cogliere le simbolizzazioni emozionali che al loro interno venivano agite e offrire degli elementi di comprensione ai vari attori in gioco. Questa è una funzione difficile da svolgere se si rimane ancorati a quello che si ritiene sia il proprio ruolo di psicoterapeuta, inteso unicamente come colui che istituisce una relazione duale finalizzata allo sviluppo di un pensiero sulle fantasie che vengono sollecitate dal rapporto con la realtà, entro uno specifico setting.

A meno che non si tenti di interagire con la variabilità del contesto nei modi in cui questo si presenta ci si troverà in molti casi schiacciati entro la dimensione di "invarianza" che caratterizza il processo di cronicizzazione. E' esattamente questo che intendiamo con l'utilizzo del termine sviluppo. Tornando a Freud, nello stesso saggio sopra citato, propone una considerazione che riteniamo cruciale in quanto può aiutarci a definire un aspetto fondamentale della domanda/problema portata dal cliente; egli sostiene che quando un conflitto pulsionale non è attuale, quando esso non si esprime, non c'è analisi che possa influenzarlo. Freud sottolinea quindi un aspetto essenziale della domanda di intervento di cui si occupa lo psicologo: "l'attualità" di un processo in atto. Crediamo che occuparsi del problema a partire dalla sua iscrizione entro un' "attualità" che va compresa, pensata e dotata di un senso, sia un passo importante verso la possibilità di prendere una distanza dalla dimensione diagnostica.

La proposta di utilizzare il termine "sviluppo", invece che "cambiamento", facendo riferimento all'obiettivo dell'intervento psicologico clinico, apre secondo noi ad una prospettiva epistemologicamente molto diversa, che attiene agli obiettivi della psicologia clinica e della psicoterapia, declinati entro un processo che prende avvio proprio a partire dall'analisi dell' "attualità" della domanda e non dal binomio "normalità/anormalità". Grazie ai contributi di Matte Blanco (1975) sulla biologica della mente possiamo oggi proporre un modello di intervento che prescinde da ambizioni di obiettivi di verifica di questo binomio, essendo invece in gioco il rapporto tra due sistemi di conoscenza, quello asimmetrico che esprime la logica cosciente o aristotelica, e quello simmetrico che corrisponde alla logica dell'inconscio secondo i principi di generalizzazione e di simmetria.

Carli e Paniccia (2003) hanno proposto di definire "analisi della domanda" la fase istitutiva della relazione tra il cliente e lo psicologo, volta ad analizzarne la fantasia collusiva in atto, attraverso

categorie di lettura che consentano di tradurre le dimensioni simboliche portate dal cliente entro la relazione clinica, in modo che si possa configurare uno spazio di sospensione dell'agito collusivo in atto, ed una sua elaborazione di senso e comprensione attraverso l'intervento psicologico. Come abbiamo visto nei casi proposti, noi riteniamo che lo sviluppo operi nel senso di rendere maggiormente consapevole il cliente delle rappresentazioni simboliche della realtà che fondano il suo agire entro le relazioni, attraverso criteri che utilizzano la relazione terapeutica per operare una costruzione di senso intorno alla problematica in atto, utilizzabile dal paziente e dai suoi contesti per una migliore competenza relazionale.

Bibliografia

Carli, R. (1987). *Psicologia clinica*. Torino: Utet

Carli, R. (2009). *Il tirocinio nelle strutture di salute mentale*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-16.

Carli, R. (2011). *Malati psichiatrici e domanda psicoterapeutica nei servizi di Salute Mentale*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 134-147.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo*. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi. Milano: FrancoAngeli,

Carli R., & Paniccia R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli R., & Paniccia R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino

Ferrara, M., & Germano, G. (1993). Riabilitazione in Psichiatria. In Cassano, G.B., & Pancheri, P. *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson

Freeman, T., Cameron, J.L., & McGhie, A. (1958). *Chronic Schizophrenia*. London: Tavistock Publications [Trad. it. *Schizofrenici Cronici*. Torino: Bollati Boringhieri, 1972].

Freud, S. (1937). *Die endliche und unendliche Analyse*. [Trad. it. *Analisi terminabile e interminabile*, Torino: Boringhieri, 1999]

Galluccio, R. (2011). Il servizio psichiatrico territoriale: mutamento istituzionale e nuova operatività: *Rivista Sperimentale di Psichiatria*, 1. Retrieved from: www.psichiatriademocratica.it

Klein, M. (1957). *Envy and Gratitude: A Study of Unconscious*, London: Tavistock Publications. [Trad. it. *Invidia e gratitudine*, Firenze: G. Martinelli, 1969].

Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company. [Trad. It. *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi, 1981].

Salvatore, S. (2006). *Modelli della conoscenza ed agire psicologico*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 121-134.