

## **Malattia Mentale: il mandato a occuparsene.**

### **Lo stato dell'arte dei servizi di salute mentale. Quali domande e quali interventi.**

**di Viviana Bonavita, Fabrizio Casuccio, Giorgio D'Alessandro, Federica Di Ruzza, Arianna Di Sero, Paola Izzo, Raffaella Quaglia, Federica Rastelli, Francesca Reale, Luigi Sofia, Giulia Sorrentino, Valentina Terenzi\*.**

#### *Abstract*

Il contributo intende aprire riflessioni circa il rapporto tra individui che afferiscono ai Servizi territoriali che si occupano di malattia mentale e i contesti deputati a organizzarne la trattabilità. Dal vertice di tirocinanti che collaborano con Centri di Salute Mentale (CSM), Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), Centri Diurni (CD) gli Autori resocontano di interventi psicologici costruiti con le figure professionali che operano quotidianamente in tale ambito. Nello specifico ci si sofferma su situazioni cliniche complesse, entro le difficoltà che si incontrano quando categorie quali malattia e salute mentale sembrano non essere sufficienti a inquadrare e a trattare i problemi della vecchia e della nuova utenza dei Servizi territoriali.

*Parole chiave:* Malattia mentale, territorialità, cronicità, nuove domande, interventi medicalizzanti, interventi esplorativi

#### *Premessa*

Come viene trattata attualmente la malattia mentale, nell'ambito dei Servizi deputati ad occuparsene? Parliamo di contesti che hanno il faticoso compito di proporre interventi psichiatrici e multi-professionali per quei problemi che un tempo erano criticamente trattati nel manicomio, e di proporre interventi psicoterapeutici in merito a quelli definiti oggi in letteratura come "disturbi emotivi comuni"<sup>1</sup>. L'ipotesi che muove la nostra curiosità è che in questi contesti ci si confronti anche e soprattutto con il complesso compito di costruire criteri con cui ridefinire ciò che oggi si intende per salute e malattia mentale.

Di seguito vi proporremo alcuni casi tratti dalle nostre esperienze di tirocinanti in cui pensiamo possa essere utile il contributo di una lettura psicologico clinica e psicoanalitica. Psicologia clinica e psicoanalisi qui intese quali vertici da cui provare a fare ipotesi in merito al rapporto simbolico tra i sistemi organizzativi entro cui prestiamo servizio e le domande che vi giungono, ponendo particolare attenzione sia alle situazioni a cui i Servizi stessi appaiono "abituati" e da cui sembrano affaticati; sia a quelle richieste ritenute "impertinenti", ovvero "non di diretta pertinenza" del mandato di prevenzione, diagnosi e cura di cui i Servizi sono investiti.

Vorremmo quindi tracciare una riflessione proprio a partire da quelle situazioni con cui i Servizi si confrontano quotidianamente e rispetto alle quali sembra si abbia più difficoltà a pensare criteri di lettura che permettano di considerarle parte integrante del mandato sociale. Situazioni che proprio per questa difficoltà di lettura vengono spesso vissute come marginali, burocratiche, scontate, ineffabili. L'alternativa possibile sembra essere quella di occasioni utili ai Servizi per connotarsi quali contesti di monitoraggio, verifica e intervento dello stato di "salute" della Società.

#### *Prassi burocratica e domanda di intervento. Il caso di Emanuela*

---

\* Psicologhe e psicologi, specializzandi presso la "Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda", dello Studio di Psicopsicologia (SPS) di Roma.

<sup>1</sup> Si tratta di sintomatologie ascrivibili all'ansia o all'evitamento fobico, talvolta associati a sintomi depressivi o somatoformi e che, tuttavia, non soddisfano tutti i criteri per uno specifico disturbo secondo gli attuali criteri nosografici (cfr. DSM-IV-TR, Disturbi non altrimenti specificati). Hanno elevata incidenza nella popolazione, comportano significativi livelli di sofferenza soggettiva, determinando una compromissione delle capacità relazionali e lavorative. Si veda anche: Goldberg & Huxley, (1993). *Disturbi Emotivi Comuni. Un approccio bio-sociale*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Negli ultimi tempi, un Dipartimento di Salute Mentale<sup>1</sup> della provincia di Roma, ha deciso di contenere la crescente richiesta di certificazione di invalidità, potenziando una funzione di filtro: attraverso lo spostamento di tali domande entro l'area delle visite intramoenia, si è pensato di scoraggiare il trend attuale tramite un aumento dei costi erogabili. Attività routinarie quali colloqui clinici e test psicodiagnostici sono state trasformate, all'interno di un Servizio pubblico, in attività libero-professionali, secondo una tendenza già ampiamente affermata in medicina<sup>2</sup>.

È comprensibile, se assumiamo una chiave interpretativa fondata sulla logica lineare. In un CSM che può contare su risorse umane vissute come "numericamente scarse", è difficile occuparsi di decine di certificazioni settimanali. Significa sottrarre tempo e spazio ad attività professionali ritenute più importanti, come le accettazioni dei casi urgenti, le psicoterapie individuali e gruppali, le visite psichiatriche, gli interventi domiciliari. Decine di certificazioni, si diceva, che tutt'al più vengono spiegate quali accessi o aggravamenti depressivi a causa esogena, individuando nel problematico assetto attuale del mondo lavorativo quella stessa criticità causale. Scoraggiare l'aumento di queste richieste, esacerbate da un vissuto di impotenza che può esitare nel mettere in atto fantasie opportunistiche, significa evitare a priori diatribe circa l'assegnazione di una pensione sociale quale "piccolo introito garantito".

Non ci si fraintenda. Per molte famiglie occuparsi a oltranza di una persona affetta da psicopatologia grave costituisce una pesante incombenza, un problema economico con effetti importanti sulla qualità della vita. Esistono d'altro canto situazioni critiche di singole persone cui la malattia mentale impedisce di pensarsi, e di "essere pensate" da altri, come capaci di produrre entro un contesto lavorativo. Di fatto, tuttavia, tali domande spesso non riescono a incontrare la soddisfazione delle attese; perché fondate su condizioni transitorie, incompatibili, quando non del tutto assenti, rispetto ai parametri che sanciscono legalmente la condizione di invalidità.

Su un piano logico diverso, potremmo iniziare a chiederci se sia possibile guardare anche a queste richieste come a domande di intervento da esplorare, come a indicatori discorsivi che rappresentano la salute mentale dall'interno del contesto romano, nel momento storico che stiamo vivendo.

Emanuela, una giovane donna, torna al Centro di Salute Mentale (CSM) ciclicamente. Parallelamente allo svolgimento di colloqui preliminari, ha richiesto e ottenuto una certificazione che ne attesta il lieve ritardo mentale. È un afoso pomeriggio di inizio maggio quando Emanuela si presenta al Servizio per l'ennesima volta, richiedendo un colloquio. La psichiatra di turno, cartella clinica alla mano, dopo averla ascoltata cerca uno psicologo per consultarsi, vivendo come confusa la richiesta della giovane donna. A uno di noi, tirocinante presso il CSM da circa un anno, viene così chiesto di parlare con la ragazza perché si fa fatica a "capire il motivo per cui sia di nuovo qui".

Nel colloquio con il tirocinante, Emanuela racconta che di recente è stata licenziata. Aveva un lavoro di barista che era riuscita a ottenere proponendosi presso gli esercizi della propria zona di residenza. Si dice rammaricata ma non riesce a fare ipotesi sul perché sia stata allontanata. Non ha chiesto, non ha cercato riscontri, non si è nemmeno arrabbiata. Emerge poi che ha difficoltà con i calcoli aritmetici, questione che l'ha messa in crisi le volte in cui si è trovata a dover gestire la cassa, i soldi, il resto da consegnare a chi ha pagato una consumazione. Questo le ha fatto

---

<sup>1</sup> I Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) aggregano tutte le attività territoriali e ospedaliere dell'assistenza psichiatrica e sono istituiti in ciascuna azienda sanitaria locale. Alcune delle strutture organizzative di cui si dotano per prevenire, curare, riabilitare sono: i Centri di Salute Mentale (svolgono attività di consulenza e presa in carico sia ambulatoriale che domiciliare); i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (provvedono alla cura dei pazienti adulti affetti da disturbi mentali in fase di acuzie che necessitano di trattamenti medici, volontari o obbligatori, con ricovero in ambiente ospedaliero); i Centri Diurni (strutture semi-residenziali con funzioni terapeutico-educativo-riabilitative, collocate di preferenza nel contesto territoriale e finalizzate a favorire l'integrazione sociale).

<sup>2</sup> Per attività libero professionale *intramoenia* – concernente i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale quali medici e altre professionalità che ricoprono l'incarico di dirigenti del ruolo sanitario, quali biologi, farmacisti, fisici, chimici e psicologi - si intende l'attività che detto personale, individualmente o in *equipe*, esercita di norma fuori dall'orario di servizio, all'interno di una struttura pubblica e in regime ambulatoriale, di *day hospital/surgery* e di ricovero ordinario, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso, anche a mezzo di assicurazioni o fondi sanitari integrativi.

pensare che il suo ritardo mentale fosse vero e indiscutibile, assumendo così la posizione di vittima silente, pronta a subire le decisioni degli altri.

Nel colloquio Emanuela sembra presa entro una scissione emozionale che, da un lato, la spinge a rincorrere la diagnosi definitiva che sancirebbe la sua invalidità civile, rinunciando a quella parte di sé in grado di costruirsi un lavoro; dall'altro è ancora presente e viva quella dimensione di desiderio a non conformarsi alla totalizzante non-idoneità che il ritardo mentale può comportare, qualora preso alla lettera.

Il tirocinante le propone una consulenza che le chiarisca il senso di una diagnosi che al momento la schiaccia e di capire insieme come immettersi in un percorso di reversibilità, a partire dal riconoscere quel che lei vuole e che ha comunicato indirettamente durante il colloquio: il desiderio di tenersi un lavoro che la emancipi anche dalla dipendenza dal padre, visto che prova vergogna ogni volta che è costretta a chiedergli dei soldi.

Senza entrare nello specifico del lavoro intrapreso, basti dire che al termine delle otto sedute concordate, Emanuela sceglie di continuare da sola a valorizzare risorse che ha potuto riconoscere entro la consulenza del CSM proposta dal tirocinante. Ricomincia a formarsi per connotare professionalmente una propria attitudine, già trasformata in esperienza con la nonna paterna: quella di occuparsi degli anziani. Smette di simbolizzare se stessa come una minus habens, riallaccia rapporti significativi non più confinati alla vita familiare. Si muove verso un futuro finalmente configurabile con più ampi gradi di libertà. E non ultimo: smette di ripresentarsi al CSM. Questa consulenza ha avuto luogo prima della scelta della ASL, cui afferisce il CSM in questione, di riorganizzare l'offerta di certificazione tramite l'intramoenia.

Immaginiamo ora l'esistenza di questo nuovo assetto prima dei ripetuti approcci di Emanuela al Servizio. Forse non sarebbe più venuta perché non avrebbe potuto permettersi una spesa ingente. Probabilmente si sarebbe rivolta altrove. Magari in un altro CSM dove le certificazioni hanno ancora costi contenuti. E in mancanza di una rilettura del senso della sua domanda<sup>3</sup> la donna avrebbe continuato a ripresentarsi, spostando logisticamente la propria questione, mettendola a carico di altri.

E se invece, sempre per ipotesi, avesse avuto le risorse economiche per pagarsi test e colloqui in intramoenia, contando sull'aiuto della famiglia? Le sarebbe stata rilasciata una certificazione inutile, perché non sufficiente ad accedere a una pensione di invalidità. Non è difficile immaginare la frustrazione, la rabbia, la reiterazione di richieste, in questo caso di più persone della stessa famiglia della donna, nell'idea persecutoria che il Servizio si faccia pagare cospicuamente per nulla.

#### *Quando ci si allontana dal solco. Nuove domande*

Uno di noi ha appuntamento con il proprio tutor presso un CSM di Roma per concordare i termini del tirocinio. Al primo piano del palazzo trova la Segreteria, in cui sembra non ci sia nessuno. La porta resta chiusa anche dopo aver bussato. La tirocinante prende così posto nella sala di attesa, raggiunta pochi minuti dopo da un'anziana signora che, non ricevendo alcuna risposta al proprio bussare siede anche lei, in attesa. Dopo 20 minuti esce un infermiere che informa la tirocinante che il tutor è in SPDC. Escono anche altri operatori ma nessuno riconosce nella signora un "proprio paziente", lasciandola lamentosa agitare fogli e ricette. In pochi secondi le due tornano a essere sole e la tirocinante prova a chiederle quale sia il problema. "Mi hanno dato un farmaco e mi sento peggio di prima, mi tremano le gambe e le braccia e poi sono agitata come se avessi paura. Mi vogliono uccidere con tutti questi farmaci?!". La signora parla velocemente, ha un viso molto curato e la voce, intensa e impostata, ricorda quelle delle doppiatrici anni '60. Indossa un cappotto col collo di pelliccia, una sciarpa, una gonna e... "Ma lei chi è?" chiede l'anziana, risvegliando dallo studio del suo abbigliamento la tirocinante che, improvvisamente, si rende conto non solo di non essersi presentata ma anche di essere nella sala d'attesa pensata per i pazienti del Servizio.

"Ah! Anche lei è dei Servizi. Avrei dovuto immaginarlo. Comunque mi hanno detto di venire qui dal Pronto Soccorso. Ci sono andata questa notte e mi hanno detto che per togliere le medicine devo

---

<sup>3</sup> Per approfondimenti sulla teoria della tecnica dell'analisi della domanda, si vedano Carli e Paniccia (2003).

venire qui". La tirocinante chiede alla donna quale medico del Servizio abbia già incontrato nell'idea di poterla aiutare a trattare la questione con chi di competenza.

"Con chi non ho avuto a che fare! Sono anni che ho a che fare con i Servizi! Da quando ho visto la scritta Coca Cola su Palazzo Venezia e mi sono messa a piangere! Con tutta questa gente con i fili che gli escono dalle orecchie come rami, che parla da sola, mi guarda, e vado dal medico che invece di parlare con me scrive su un computer il mio nome senza guardarmi in faccia e lo invia al Pentagono. Ma si vede che anche lei è dei Servizi, si vede da come accavalla le gambe e dagli anelli che porta! Questi sono tutti segni! Anche lei mi tradirà! Mi volete uccidere, voi dei Servizi Segreti!. La signora si accascia sfinita sulla sedia. "Lo vede? Il mio nome è tra due pentacoli! Non ce la faccio più" dice, mostrando una impegnativa per una visita su cui il suo nome è scritto tra due asterischi.

Si diceva. La signora indossa un cappotto col collo di pelliccia, una sciarpa, una gonna e...pantaloni usurati e ciabatte di stoffa. Improvvisamente una conversazione lamentosa diventa delirio paranoico. La signora inizia a piangere a dirotto, prende per mano la tirocinante per mostrarle l'ennesimo pentacolo che la perseguita: una rosa dei venti dipinta sulla parete di una stanza adiacente la sala d'attesa. La tachicardia - della tirocinante ovviamente - è l'effetto della condivisione di un mondo che sembra avvolgersi su se stesso, perdendo la dimensione del "come se" per collassare sulla verità della persecuzione. La tirocinante, provando a recuperare un senso di quel rapporto e di quella intensità emozionale, invita la signora a sedersi, chiedendole di cosa si sia occupata nella vita. "Sono stata una bibliotecaria. La carta ha un profumo buonissimo che ti resta sulle mani e le pagine invecchiano come te. Ora siamo tutti internet!". Tutto a un tratto le immagini di persone con i fili che escono dalle orecchie diventano nella mente della tirocinante persone con auricolari, impegnate in qualche conversazione telefonica. E i nomi inviati dai medici al Pentagono attraverso un computer sembrano la prassi di registrazione di una utenza dei Servizi, da qualche tempo "informatizzati". Innovazioni con cui la signora sembra avere difficoltà a rapportarsi senza la mediazione di qualcuno che la accompagni, "traducendole" il passaggio dal mondo della carta a quello in cui cellulari, monitor e tablet sono piuttosto diffusi e non è così raro camminare per strada e vedere persone conversare "apparentemente" da sole o che il medico, prima della visita, raccolga i dati guardando il computer piuttosto che l'interlocutore.

Il "dare di matto della signora", in questo contesto, appare più efficace e competente di qualsiasi lamentela. In pochi minuti un infermiere e uno psichiatra escono dalla Segreteria occupandosi del problema. L'efficacia per l'urgenza di alcune gocce di ansiolitico e le parole rassicuranti rivolte dai due operatori alla signora inducono la tirocinante a pensare che la propri ipotesi di smarrimento simbolico nello scarto tra "il mondo della carta" e quello "di internet" nella domanda della signora sia un delirio. Tanto da ritenere più utile allontanarsi per facilitare gli altri operatori. Ma l'allontanamento è interrotto da uno strattone. La signora s'è aggrappata alla manica e, guardando con gli occhi umidi, dal basso della sedia in cui è sprofondata, invita la tirocinante a non lasciarla "Dottoressa, se mi ricoverano lei mi accompagna? Io le gocce le ho prese ma voglio parlare della carta con lei!". Pare che lo spazio per le questioni emerse, per fortuna, sia stato presidiato da qualcuno che, forse, conosce il potere e la competenza del delirio.

"Allontanarsi dal solco". Questo l'etimo della parola "delirio". E allontanarsi da un solco ben definito nel terreno può essere molto faticoso, basti pensare allo stremo a cui è arrivata l'anziana signora, sia nel far convergere tutti "gli indizi in un'unica ipotesi" - quella della persecuzione - , sia nel tentativo di dimostrare a terzi quanto fosse evidente e condivisibile la persecuzione stessa di cui si sente vittima. Ma se è vero che il delirio è un utile indicatore diagnostico circa alcune patologie mentali pensiamo risulti interessante anche qualora sia colto entro un rapporto. In tal senso facciamo l'ipotesi che i contesti organizzativi condividano con i propri clienti un implicito di efficacia di alcuni linguaggi e non di altri. Vale a dire che la signora, afferente alla "vecchia utenza" dei Servizi di Salute Mentale - quella caratterizzata da importante psicopatologia e antica ospite dei manicomi - condivida con il CSM l'implicito che il delirio sia un linguaggio trattabile entro il rapporto tra lei e quel contesto e capace quindi di sollecitare il rapporto stesso.

Sappiamo che la signora da qualche giorno si sentiva agitata a causa dell'introduzione di un nuovo farmaco nella sua terapia. Arriva al pronto soccorso per rimuoverlo. Il pronto soccorso la rimanda al prescrivente, il CSM. Al CSM, d'altro canto, la signora utilizza, in prima istanza, un linguaggio, quello della lamentela, che sembra non competerele in quanto "vecchia utenza" e, quindi, inefficace nel rapporto in cui è significata come tale. Da qui l'utilità e la competenza del delirio propriamente

detto che pare riportare “in un qualche solco” la relazione, mentre delirante – nel senso di “lontano dall'atteso” - sembra essere ciò che da esso esula.

L'ipotesi di fondo a cui stiamo lavorando è la possibilità di immaginare, anche per la “vecchia utenza” una “nuova domanda”, magari nata proprio nel triangolo utenza-Servizi-territorio, una domanda che, però, a oggi pare poco investita. Una domanda che potrebbe definirsi anche quale “competenza a desiderare” dell'utente psichiatrico, un interlocutore che, storicamente, non sembra desiderare i Servizi, spesso anzi sollecitati da terzi; Servizi “disabituati”, dunque, a essere desiderati. È possibile che la signora, assieme “al problema” dalla sua psicosi, abbia ad esempio questioni relative alla solitudine e alla convivenza entro il condominio o il quartiere? E che magari proprio il CSM sia uno dei pochi rapporti attivi a cui possa rivolgersi, se non altro perchè presenza costante nella sua vita negli ultimi 30 anni?

Definire una nuova sintassi con cui parlare le domande che giungono ai Servizi di Salute Mentale sembra riguardare non solo il rapporto con la vecchia utenza o le richieste di certificazione. Entro lo stesso CSM, servizio presente nel quartiere Prati di Roma, arriva Antonio, un uomo di circa 40 anni, che lavora nel territorio del Municipio 17, tutti i giorni, dalle 9 alle 21, ma risiede ad Acilia. Porta un “problema di ansia” e pensa di contrattare un intervento con il CSM utilizzando le sue “pause pranzo”. Non entreremo nel merito del caso ma ci sembra significativo come la sua richiesta, reindirizzata ai Servizi del territorio di residenza, sia uscita dall'intervento del Pubblico per la difficoltà di usufruire dei Servizi di un territorio in cui abita ma non vive, una domanda giunta al mercato delle “psicoterapie private”, nonostante la legge che regola le competenze delle ASL preveda, entro certi limiti, l'intervento a favore di cittadini non residenti.

D'altro canto è bene ricordare come la legislazione che organizza la territorialità per residenza non è così recente ed è stata pensata soprattutto per quei cittadini “inabili” al lavoro. Ma i cambiamenti storici evidenziano come i Servizi di Salute Mentale divengano progressivamente punto di riferimento per le più disparate fasce di popolazione e ciascun Servizio, capace di radicarsi nel territorio a cui appartiene, ha proprio in questa specificità l'occasione di svilupparsi.

Facciamo dunque l'ipotesi che la “nuova domanda della vecchia utenza” e la “nuova domanda della nuova utenza” (l'utenza con disturbi emotivi comuni che richiede interventi a Servizi di territori in cui lavora e non risiede), siano tenute insieme dall'essere questioni problematiche con cui i Servizi hanno difficoltà a rapportarsi se non ripensando la propria funzione e i propri interlocutori a 30 anni dalla territorializzazione.

Abbiamo la sensazione che attrezzarsi per comprendere queste questioni passi anche attraverso il riconoscere e il trasformare il vissuto di indesiderabilità che organizza l' “identità” stessa dei Servizi di Salute Mentale, vissuto forse anche ereditato da parenti scomodi come i Manicomi prima e i CIM<sup>4</sup> poi.

*L'Aquila immota manet: e pur si muove! Quali domande dopo il terremoto*

Anche il CSM dell'Aquila, dove uno di noi svolge il tirocinio, sembra confrontarsi con il problema di attendere domande che non arrivano e confrontarsi con richieste atipiche.

Dopo circa 1 anno dal terremoto del 6 aprile, il DSM sembrava orientato a verificare l'incidenza del disturbo post traumatico da stress entro la popolazione colpita. Purtroppo al servizio non sono giunte domande classicamente rilevabili attraverso i sintomi che il DSM IV ascrive a tale disturbo. In realtà, al CSM, un professionista che incontra pazienti e parla con loro ha a che fare ogni giorno con problemi connessi con una difficoltà a comprendere e farsi carico degli sconvolgimenti che hanno coinvolto la vita delle persone; aumenta l'uso di psicofarmaci, la sintomatologia che mima patologie mediche, aumentano i problemi connessi al non avere più riferimenti negli spazi comuni, nelle piazze, nelle reti di rapporti quotidiani del vicinato, particolarmente rilevante presso la popolazione anziana. Attraverso le domande al CSM si può riflettere sulle modalità con cui gli spazi, i monumenti, le strutture architettoniche di una città come L'Aquila rappresentino la

---

<sup>4</sup> Il termine CIM, acronimo di Centro di Igiene Mentale, sopravvive nel vocabolario di molti operatori dei Servizi. Questo “sintomo” discorsivo, che presentifica un passato antecedente alla promulgazione della legge 180 (è infatti la legge Mariotti del 1968 che introduce il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico e istituisce i Centri d'Igiene Mentale), connota una “senilità” non solo “strutturale”; bensì soprattutto “culturale”, evidenziando una significativa frattura tra rappresentazioni simboliche e cambiamenti normativi degli ultimi 45 anni in materia di salute e malattia mentale.

reificazione dei flussi culturali che si sono intrecciati nel corso dei secoli; tracce e testimonianze del vivere comune nella storia, che al contempo contribuiscono a mantenere il senso di appartenenza, l'identità collettiva. La contengono, la riorganizzano, la specificano. Il terremoto ne ha minato la certezza, evidenziando drammaticamente, tra l'altro, un'antinomia tutta umana: la tendenza a conservare o a riconquistare lo status quo e la connessa spinta al cambiamento, alla riorganizzazione. Si pensi, nello specifico, a un popolo il cui emblema (la scritta sullo stemma della città) è *Immota manet* che, se da un lato evoca un desiderio tenace di restare, ricominciare, ricostruirsi, dall'altro, rimanda a una altrettanto tenace riottosità nell'adattarsi ai mutamenti. Ebbene si può ipotizzare che i servizi di salute mentale non siano esenti dalle medesime dinamiche emozionali e collusive del contesto in cui sono inseriti.

“La tendenza a pensarsi isolati” dei servizi di salute mentale entro il panorama nazionale può assumere qui delle connotazioni aspramente problematiche, così come la tendenza ad accogliere domande (come quelle delle certificazioni) senza esplorarle può rischiare di far perdere una quota di variabilità molto importante per dare senso alla nostra esperienza.

Durante il tirocinio al CSM dell'Aquila, una di noi ha così potuto partecipare ai nuovi assetti del rapporto tra utenza e servizi di salute mentale. Nuovi assetti problematici ma anche capaci di gettare le basi per lo sviluppo dell'intervento stesso entro la specificità del territorio aquilano. Un esempio in tal senso è stato l'avvio di un gruppo di confronto sull'arte, composto da alcuni pazienti con diagnosi gravi e da anni in carico al Servizio, incontrati sempre entro il setting duale del rapporto medico-paziente. Una novità, quella del gruppo sull'arte, nella misura in cui rappresenta un tipo di proposta che consente di valorizzare non solo il rapporto tra pazienti, e quindi tra cittadini, ma anche tra questi e il Servizio attorno al pretesto dell'arte; un assetto che connota tale rapporto non più come meramente necessario ma desiderabile.

Il secondo caso che proponiamo concerne un intervento domiciliare cui la stessa tirocinante ha partecipato, insieme ad una equipe del CSM costituita da un assistente sociale, uno psichiatra e una psicologa. Il nucleo familiare presso cui si è svolto l'intervento è composto dal padre e dal figlio trentenne, abitanti e coinquilini in un paese in provincia de L'Aquila. Si tratta di una famiglia conosciuta da anni dal CSM in quanto la sorella minore del trentenne, ora domiciliata in una struttura residenziale della Asl, è da tempo in carico al Servizio. Il motivo che spinge l'equipe a recarsi dalla famiglia è quello di tentare una riappacificazione dopo che, a seguito dell'ennesima lite, il padre ha allontanato il figlio da casa, il quale si trova ora a vivere dentro un locale pubblico inagibile, in uno stato di semi indigenza. Nel corso della visita, è il giovane, R., a invitare noi e suo padre nella sua nuova dimora e l'intervento si organizza intorno alla possibilità di recuperare ed esplicitare i problemi che hanno spinto il padre ad allontanare il figlio. Nonostante una certa diffidenza, il CSM sembra in qualche modo rappresentare un punto di riferimento per il giovane. Dopo quella visita, infatti, la tirocinante viene contattata dalla rispettiva tutor che, su richiesta dello psichiatra, le chiede di incontrare l'uomo per un accertamento, una valutazione psicologica.

Prima dell'incontro, la tirocinante psicologa parla con lo psichiatra per conoscere il motivo di questa richiesta. R. lo ha più volte cercato, reiterando lamentele per la situazione con il padre e per il manifestarsi di alcuni sintomi che lo preoccupano. Lo psichiatra vorrebbe capirci di più, chiede alla tirocinante degli accertamenti diagnostici.

Il trentenne presentandosi al colloquio riconosce la tirocinante. La aggiorna sul rapporto con il padre. “Va un po' meglio”, dice, ma continua a vivere nel palazzo inagibile. Aggiunge che lo psichiatra gli ha detto di vedere una psicologa per fare dei test in relazione ad alcuni suoi problemi, tra cui gli innumerevoli sintomi fisici che lo assillano da qualche tempo e che sente invalidanti. Riferisce di un'insonnia che lo costringe alla veglia per la quasi totalità della notte. Si tratta di un problema insostenibile dal momento che gli sta impedendo di andare a lavoro; se continuerà così lo perderà.

La tirocinante cerca di capire di più di quei sintomi e di quell'insonnia, provando a esplorare il rapporto con il padre e il resto della famiglia, ma anche chiedendogli circa il suo lavoro e le amicizie. Racconta della morte prematura della madre, avvenuta quando egli era solo un adolescente e di un rapporto intenso con la sorella. Parla della sofferenza vissuta nel corso di questi anni per l'acuirsi della malattia di lei, una severa schizofrenia, a causa della quale la ragazza ora vive entro una struttura psichiatrica residenziale. E' spaventato rispetto a pensieri ricorrenti che ultimamente lo soverchiano. Questi pensieri sembrano riferiti a idee fisse che lo turbano e non riuscendo a riconoscerle come proprie, comincia a trattarle come esterne alla sua

mente. E' preoccupato di tale sintomatologia perché pensa che possa avere anche lui, come sua sorella, un disturbo psichiatrico e ritiene che gli incontri, test alla mano, siano finalizzati a sancire la sua patologia mentale. Sembrerebbe che riconoscere questa paura sia di per sé insostenibile, perché è a questo punto che il linguaggio di R. e quindi il suo pensiero cominciano ad allontanarsi sempre di più dall'esame di realtà, infittendosi di bizzarrie ideative.

La psicologa tirocinante rinuncia quindi all'ipotesi dei test di valutazione, perché rischierebbe di inimicarsi quella parte di R. che reputa inaccettabile una diagnosi di disturbo psichiatrico. Sarebbe in altri termini un modo per minare la costruzione di un rapporto di fiducia verso il CSM.

Alla fine di quel primo incontro, la psicologa propone dunque al giovane di pensare al rapporto con lei e più in generale con l'organizzazione non alla stregua di un setting finalizzato a smascherare disturbi, bensì come uno spazio utile a capire meglio i problemi che lo avevano portato a rivolgersi al CSM così spesso nell'ultimo periodo, individuando possibili risorse che potessero tornargli utili. Grazie a tale fiducia è stato possibile per esempio lavorare rispetto al riconoscere l'interesse di R. a mantenere quel lavoro che rischiava di perdere a causa dell'insonnia; un lavoro vitale, perché lo faceva sentire utile e riconosciuto dai suoi compaesani, consentendogli inoltre di orientarsi meglio rispetto al fattore temporale della propria quotidianità. Tale interesse ha rappresentato in qualche modo l'obiettivo a cui agganciare la possibilità di un intervento farmacologico da parte dello psichiatra, il quale ha nuovamente incontrato R. per intraprendere un percorso di cura che nel corso dei mesi successivi ha contenuto i suoi sintomi e gli ha permesso di tornare al lavoro.

*Come i Servizi, quali CSM e SPDC, simbolizzano e si rappresentano la malattia mentale?*

Nell'avviarci alla conclusione di questa relazione, vi proponiamo delle riflessioni nate nell'ambito di un'analisi sui cosiddetti "alti consumatori", svolta da un'equipe di professionisti su quella parte di utenza che nel corso del tempo è stata ricoverata numerose volte in SPDC (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura), definita appunto "alti consumatori".

Tale analisi, che ha implicato alcuni di noi in qualità di tirocinanti, si è posta come obiettivo quello di riflettere e ripensare il rapporto tra la suddetta utenza e il Servizio in questione, un CSM, rintracciando criteri utili non solo a riorganizzare quei rapporti già esistenti, in qualche modo "cronicizzati", ma anche a trattare "nuove" domande.

La metodologia utilizzata è stata quella del lavoro in equipe e dell'analisi qualitativa di casi clinici, ponendo particolare attenzione ai contesti relazionali piuttosto che alle caratteristiche individuali degli utenti: il tentativo è stato quello di esplorare come si configura la relazione terapeutica, nell'ipotesi che abbia un ruolo importante nell'orientare il sistema di attese reciproche. Rintracciare e fare ipotesi sugli obiettivi che il Servizio si pone è stato utile per tentare di comprendere come viene simbolizzata la malattia mentale e, a partire da un ripensamento critico di tale simbolizzazione, avanzare proposte. Nel lavoro di analisi è emerso quanto gli obiettivi spesso sembrano essere predefiniti: si rincorrono atteggiamenti, vissuti, comportamenti ritenuti auspicabili, si desiderano specifici cambiamenti del paziente, quali l'indipendenza e la socialità. Ad esempio si può immaginare di inserire un paziente in un centro diurno come risposta automatizzata, dove la socializzazione è in sé un elemento curativo a prescindere dal significato che assume per paziente e Servizio.

Tali obiettivi spesso vengono vissuti come intrusivi da parte dei pazienti e diventano, per il Servizio, punti di riferimento rispetto a cui si sente che l'intervento è fallito.

Obiettivi di questo tipo alimentano l'idea di eliminare qualcosa piuttosto che accoglierla, producendo il più delle volte delusione, rabbia e impotenza, nei familiari così come nei Servizi.

Il vissuto di impotenza produce una crescita esponenziale di nuovi interventi dello stesso genere, in una spirale infinita di corto-circuiti e sprechi di risorse: per esempio vengono attivati in modo scontato interventi domiciliari o inserimenti in centri diurni piuttosto che interrogarsi sulle difficoltà di relazione tra paziente e Servizi, dentro la quale visita domiciliare o centro diurno possono assumere svariati significati.

Il senso di impotenza si connette quindi al tentativo fallito di far cambiare l'altro, all'averne precise aspettative e forse pretese, finendo per ingenerare un'opposizione a tale tentativo.

D'altro canto pazienti e familiari tendono ad affidare funzioni e competenze che i Servizi sono portati (inconsapevolmente) ad assumersi, strutturando una relazione terapeutica che incentiva e cronicizza la passivizzazione del paziente e del suo contesto.

Quello che emerge dall'indagine è il configurarsi di un modello di relazione terapeutica coi servizi ripetitivo, cronicizzato e cronicizzante, caratterizzato da crisi alternate a momenti di calma che i servizi seguono come irretiti nello schema, spesso inconsapevoli del ruolo che vi giocano.

Le risposte dei Servizi rischiano di contribuire al rafforzamento e alla stabilizzazione del sistema relazionale e, più che concorrere all'evoluzione di tali sistemi, sembrano esserne i garanti.

Le proposte avanzate a valle di tale analisi vanno soprattutto nella direzione di rinunciare agli obiettivi curativi intesi come cambiamenti predefiniti, proponendo azioni finalizzate all'esplorazione di nuove modalità relazionali tese a valorizzare condivisioni, risorse e competenze, senza prefigurare in anticipo i possibili cambiamenti, lasciando aperti gli sviluppi.

In conclusione, questa analisi ci parla di come la riorganizzazione dei Servizi rispetto al trattamento della malattia mentale possa consistere piuttosto che in un'intensificazione degli interventi o nell'attivazione di ulteriori strutture, in un cambiamento culturale nell'approccio clinico a tali situazioni.

### *Conclusioni*

Abbiamo visto come i servizi di salute mentale possano confrontarsi con nuovi modi di rappresentare la salute e la malattia mentale, modi ancorati alla contemporaneità, alla rete sociale in cui sono immersi. In questa rilettura, ci sembra interessante la possibilità che i servizi si interrogino sulle modalità con cui interagiscono con la domanda dell'utenza e sui rapporti che costruiscono con il territorio.

Si pensi all'attuale crisi economica. Trattare ciò che il tessuto sociale sta criticamente proponendo alla stregua di una sommatoria di questioni depressive individuali, ci sembra non consenta di andare al di là dell'auto-referenzialità di una tecnica di trattamento.

Prendiamo in considerazione dei recenti dati Istat: in Italia, dal 2008 al 2010, i suicidi per problemi economici sono aumentati del 25% circa ([www.ilcittadinoonline.it](http://www.ilcittadinoonline.it)). Imprenditori le cui organizzazioni hanno fallito; ma anche impiegati licenziati, disoccupati attanagliati dai debiti. E' recente il caso di un uomo che si è dato fuoco davanti ad un'Agenzia delle Entrate di Bologna. Certo, semplicisticamente, si potrebbe ancora parlare di derive drammatiche e personali, facendo rientrare questi eventi nelle classiche categorie diagnostiche; ma qual è il rischio per i Servizi? Il rischio è che le strutture che si occupano di salute mentale si isolino rispetto alla possibilità di dotarsi di categorie di lettura utili a trattare domande che il tessuto sociale sta criticamente proponendo. Si rischia, in altri termini, di fare come se il contesto non esistesse.

Sappiamo quanto possa essere banalizzante, per professionisti psicologi e psichiatri, intervenire entro i classici contenitori mediatici. Molti ne sono consapevoli, eppure non mancano colleghi che si prestano ad ospitate televisive che barattano notorietà e visibilità con considerazioni generiche di largo consumo: dalla ricerca di invarianze modellistiche con cui interpretare i comportamenti devianti di ogni singolo sino allo stilare profili, a debita distanza, di assassini seriali. Con tali premesse non sembra sorprendente, quindi, che ai quesiti di un noto telegiornale nazionale, circa il provare a dare senso alla attuale dilagante rassegnazione di ampie fasce della popolazione italiana, risponda un neurologo. Sovviene un interrogativo ulteriore: ce la possiamo prendere con l'ignoranza dei giornalisti che snobbano gli psicologi, con il neurologo ormai interpellato anche sui conflitti condominiali di un palazzo a caso o possiamo iniziare a riflettere sull'auto-esclusione della psicologia nel rispondere ai problemi sociali?

In tal senso presso alcuni Servizi di Roma e provincia qualcosa stiamo facendo. In due Centri Diurni di due diversi Dipartimenti di Salute Mentale, dove alcuni di noi prestano e hanno prestato tirocinio, delle equipe stanno lavorando a progetti che si propongono di esplorare la relazione tra un gruppo di utenti e il rispettivo Centro Diurno. L'obiettivo è la comprensione delle modalità culturali che possono facilitare od ostacolare un percorso di sviluppo per chi condivide il contesto. Si parlano e si elaborano aspetti simbolici che configurano problemi contingenti tra operatori e utenti psichiatrici, tra Servizio, famiglie e contesti di lavoro. Si costruiscono nessi tra vita nel Centro e vita fuori dal Centro. O forse si focalizzano i nessi tra dentro e fuori i Servizi, per poterli comprendere e implementare. Si tenta di valorizzare la domanda di utenti e famiglie rispetto a specifiche questioni, sviluppando l'interesse a utilizzare risorse nel rapporto, piuttosto che sentirsi reciprocamente "senza alternative", obbligati o accondiscendenti.

Pensiamo che i Servizi di Salute Mentale costituiscano punti di osservazione importantissimi per intercettare e definire i nuovi problemi psico-sociali del nostro tempo. Per comprenderli ed elaborarli con le persone comuni che vi afferiscono, forse non servirebbe solo aumentare significativamente le risorse umane impiegabili. Abbiamo visto, tramite i casi presentati, che a volte assumere una posizione esplorativa aiuta a ri-orientarsi. Sospendere le consuetudini routinarie che inevitabilmente si sovrappongono giorno dopo giorno, consultarsi, parlare delle azioni professionali intraprese o ipotizzate con i colleghi e i tirocinanti, aiuta a essere più efficaci nel proprio lavoro. E su un piano diverso, forse, aiuta a conferire a questi Servizi un'immagine meno stereotipale agli occhi di chi spesso vi si rivolge per ricominciare a sperare, ridefinendo senso attorno a problemi.

#### *Bibliografia*

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

Goldberg, D., & Huxley, P. (1993). *Disturbi Emotivi Comuni. Un approccio bio-sociale*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

#### *Siti web*

[http://www.ilcittadinoonline.it/news/147399/Aumento\\_del\\_25%\\_nei\\_suicidi\\_per\\_motivi\\_economici.html](http://www.ilcittadinoonline.it/news/147399/Aumento_del_25%_nei_suicidi_per_motivi_economici.html). Consultato il 6 ottobre 2012.