

La relazione psicologica con i malati mentali nelle strutture residenziali e semiresidenziali dei Dipartimenti di Salute Mentale. Esperienze di tirocinio

di Filomena Brescia*, Andrea Civitillo, Salvatore Gibilisco, Antonella Giornetti, Chiara Giovannetti, Francesca Magrini, Gabriella Mazzeo, Michela Nole', Raffaella Quaglia, Francesca Reale, Rossella Roselli, Simona Sacchi, Luigi Sofia, Giulia Sorrentino.

Abstract

Gli Autori propongono una riflessione sulla funzione psicologica entro i Servizi di Salute Mentale, soprattutto per quanto concerne l'intervento sulla crisi e la riabilitazione. Vengono presentate e discusse esperienze di tirocinio entro strutture residenziali e semi-residenziali romane. Viene posta una differenza tra "crisi" ed "evento critico". La prima viene letta come rottura del patto di convivenza implicitamente condiviso in un contesto e non riconducibile scontatamente al singolo individuo; la crisi psichiatrica, in tal senso, è generatrice di domande ai Servizi da parte dei pazienti e delle famiglie. L'evento critico è un costrutto psicosociale che colloca la crisi entro un sistema di relazioni e di implicazioni. La malattia mentale viene rappresentata, quindi, come prodotto e generatore di eventi critici da interrogare, esplorandoli, in modo da individuare sviluppi possibili rispetto ai punti di rottura che la crisi produce entro i contesti.

Parole chiave: Servizi di Salute mentale; crisi; evento critico; tirocinio.

Introduzione

L'intento di questo contributo è avviare una riflessione sulla funzione che la psicologia può assumere nei Servizi che si occupano di malattia mentale, intervento sulla crisi e riabilitazione. Il nostro interesse circa le questioni citate nasce dentro un lavoro più ampio di resocontazione e riflessione sulle esperienze di tirocinio che stiamo realizzando come allievi dei diversi anni del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica¹

Parte integrante del nostro percorso formativo sono le esperienze che abbiamo condotto come tirocinanti in strutture residenziali e semi-residenziali, inserite nella rete dei Servizi che nel territorio romano si occupano dei problemi della salute mentale. Si tratta, in particolare, di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, due Comunità Terapeutiche, due Comunità Socio-Riabilitative e un Centro Diurno.

La specificità del tirocinio è riconducibile alla sua doppia valenza: da un lato esperienza formativa e contemporaneamente servizio offerto alle organizzazioni in cui il tirocinante lavora. Nella prospettiva che proponiamo la funzione tirocinante richiede una competenza a sviluppare e verificare categorie di pensiero, utili a intervenire clinicamente entro i contesti.

Un elemento di complessità, ma anche una potenziale risorsa dell'essere tirocinanti, è il fatto che la propria presenza in un Servizio sia limitata nel tempo e discontinua. Il tirocinante è al tempo stesso partecipe delle attività della struttura ed esterno a essa; pur mantenendo una quota di estraneità dal Servizio, ne condivide rappresentazioni e dinamiche interne (Carli, 2009). Ciò consente di guardare l'organizzazione da un punto di osservazione e riflessione diverso da quello che caratterizza chi lavora quotidianamente nei Servizi.

L'appartenenza contemporanea alla struttura formativa della scuola sollecita, allo stesso tempo, ad utilizzare criteri di lettura della relazione che consentano di ri-pensare le emozioni vissute nel rapporto

* Psicologi, specializzandi presso la Scuola di Specializzazione quadriennale in Psicoterapia Psicoanalitica di Studio di Psicosociologia, Roma.

¹ Corso quadriennale in Psicoterapia Psicoanalitica. Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.

www.spsonline.it

con i contesti: sono la consapevolezza di questa contemporanea appartenenza e il lavoro di criteriizzazione dell'esperienza che permettono il processo di apprendimento proprio del tirocinio stesso.

Attraverso le nostre esperienze di tirocinio abbiamo individuato nella capacità dei Servizi di gestire situazioni di crisi, una dimensione particolarmente rilevante del loro funzionamento. Abbiamo scoperto quanto non sia affatto scontato che lo stesso tipo di situazione rappresenti una crisi definibile univocamente come tale nelle diverse strutture. Ciò che viene vissuto e affrontato come "crisi" dipende piuttosto dalla relazione tra individuo e struttura organizzativa, con i suoi obiettivi, da quanto è convenuto il patto sociale che lega gli attori della relazione paziente/Servizio (Paniccia, Di Ninni & Cavalieri, 2006; Carli, Paniccia, Di Ninni, Scala, Pagano, Giovagnoli, *et al.*, 2008). In questo contributo presentiamo tre situazioni cliniche, per esplorare in quali modi si sviluppa la crisi nei diversi contesti, da quali elementi prende origine, come viene utilizzata nella relazione tra clienti e Servizi.

A partire dai casi clinici intendiamo proporre una lettura della crisi come rottura del patto di convivenza implicitamente condiviso in un contesto. Ci riferiamo, quindi, a un'interpretazione del concetto di crisi non ascrivibile e risolvibile a carico dei singoli individui, ma riconducibile piuttosto al fallimento di sistemi di convivenza sociale. Se tale fallimento genera crisi, si può dire che è la crisi a generare a sua volta le domande ai Servizi da parte dei pazienti, dei loro familiari, del contesto più allargato di convivenza. In tal senso, potremmo ridefinire i Servizi che si occupano della salute mentale come contesti di accoglienza di situazioni di crisi.

Intendiamo articolare una differenza tra i concetti di *crisi* ed *evento critico*, nell'ipotesi che essi siano ancorati a due modelli diversi di lettura del rapporto fra l'utente e i Servizi.

La parola *crisi* fa riferimento, nel linguaggio della psichiatria, ad uno stato emozionale alterato, all'emergenza in un individuo di comportamenti che differiscono da quelli attesi. Per sancire la presenza della "crisi", deve sempre esserci qualcuno che *osservi* il comportamento di un altro, a partire dall'idea che le azioni si possono spiegare entro le categorie della psicopatologia e delle dinamiche intrapsichiche. Siamo in un'ottica diagnostica, in cui la crisi è ricondotta alle caratteristiche dell'individuo (Carli, Giovagnoli, Paniccia, Bucci, Dolcetti, De Berardinis, *et al.*, 2008; Bucci, Gibilisco, & Roselli, 2009; Brescia, Crisanti, Magrini, & Mazzeo, 2009).

Per *evento critico* intendiamo un costrutto psicosociale che implica l'operazione di istituire la crisi psichiatrica a "evento", con l'obiettivo di comprendere ciò che sta accadendo entro un sistema di relazioni. Per individuare eventi critici occorre avere a mente la propria diretta implicazione nella relazione con il paziente, e ipotizzare che quanto sta accadendo abbia a che fare proprio con questa relazione. Ci spostiamo così in un'ottica che mette al centro le relazioni tra il malato e i Servizi, come tra il malato e la famiglia, il condominio, il quartiere. Proponiamo quindi una rappresentazione della malattia mentale come prodotto e generatore di eventi critici allo stesso tempo. Il nostro obiettivo è interrogare gli eventi in modo da individuare possibilità di sviluppo rispetto ai punti di rottura che la crisi produce in un contesto. Ci interessa riflettere su quali problemi pone lavorare con la malattia mentale e individuare quali competenze possono risultare funzionali a organizzare un intervento psicologico clinico entro le diverse strutture.

Proviamo a sviluppare tali questioni a partire dalla resocontazione di alcune esperienze cliniche.

Sul rapporto fra cliente e Centro Diurno: farcela da soli

Parleremo di Filippo, un uomo di quaranta anni che per quattro anni ha vissuto in una comunità terapeutica. Negli ultimi due anni il paziente ha seguito un programma di reinserimento sociale nel Centro Diurno del Dipartimento di Salute mentale. Rileviamo come sia spesso proposto ai pazienti di frequentare il centro diurno come passaggio intermedio tra la convivenza in Comunità e la vita autonoma, anche al fine di facilitare l'organizzazione dei Gruppi Appartamento, piccoli gruppi di utenti che condividono un'abitazione seguiti dagli operatori durante il giorno.

Filippo, nel periodo in cui frequenta il Centro Diurno, ha cominciato a vivere con Enrico in un appartamento in periferia, lavora come massaggiatore in centro città e allena una squadra di calcio di bambini. Durante un incontro del gruppo terapeutico nel Centro Diurno, Filippo esprime il desiderio di tornare a vivere in città prendendo una stanza in affitto grazie al lavoro che ha, alla pensione e al

sussidio della sua ASL. Il desiderio espresso dal paziente viene vissuto dagli operatori come pericoloso, difficile da realizzare e che quindi va scoraggiato. Si pensa di tutelare Filippo non dando spazio al suo progetto.

Oltre che cambiamenti nella sua vita, nello stesso periodo, Filippo ha richiesto di modificare gli accordi col Centro Diurno: in particolare ha proposto di spostare l'orario del gruppo settimanale, che ritiene incompatibile con i tempi necessari a raggiungere il suo posto di lavoro. Gli operatori, però, sono di diverso avviso e ritengono che ci siano le condizioni per rendere compatibile l'incontro e l'impegno lavorativo. Pensano, quindi, che il vero obiettivo di Filippo sia non partecipare all'incontro.

Filippo però, in seguito a questi scambi, riduce la sua frequenza al Centro Diurno e modifica arbitrariamente la terapia farmacologica, fino alla totale sospensione dell'antipsicotico. In breve tempo i suoi deliri tornano floridi, la paranoia rende difficilissima la sua convivenza con Enrico e il suo rendimento al lavoro. Il paziente, inoltre, rifiuta offerte di aiuto agli operatori.

Una sera Filippo ha un acceso litigio con Enrico e una sua ospite, che accusa di essere spie russe venute ad incastrarlo. Enrico chiede l'intervento dell'operatore di riferimento che accoglie la richiesta e interviene a mediare la situazione. Filippo confrontandosi con l'operatore chiede di essere ospitato per la notte nella comunità terapeutica per proteggere se stesso e gli altri. Durante la notte in comunità Filippo esprime l'esigenza di un ulteriore aiuto e chiede a un operatore di essere accompagnato all'SPDC, affermando di aver "bisogno di un luogo dove sentirsi protetto, avere tempo di pensare e rimettersi in riga".

Il ricovero di Filippo durerà tre settimane, durante le quali riceve la visita del suo operatore a cui racconta di stare bene, di sentirsi in vacanza e di avere spazio e tempo per riflettere. Durante il ricovero Filippo sembra recuperare il suo legame con il centro diurno, anche grazie al sostegno dell'operatore di riferimento. A tale risultato ha contribuito il fatto che l'SPDC si sia occupato non solo di contenere la crisi, ma anche dei rapporti tra il paziente e i contesti nei quali è inserito, proponendosi quale spazio per pensare le possibili crisi di tali rapporti.

Dimesso dal SPDC Filippo torna a partecipare al gruppo terapeutico al Centro Diurno e racconta di aver vissuto un momento di difficoltà, in cui aveva bisogno di mettere alla prova la sua autonomia: "Noi utenti che ricominciamo a vivere sentiamo che mantenere legami con voi operatori è come essere legati alla condizione di malati".

Filippo si sente legato, dipendente e il suo vissuto di dipendenza si connota emozionalmente come deficit, danno, malattia; per converso l'indipendenza costituisce quel traguardo desiderabile che sancisce la guarigione. Essere indipendenti in questo caso significa non avere bisogno dell'altro, farcela da solo. Sempre nella riunione in gruppo Filippo critica gli operatori sottolineando come "esercitino un potere senza accorgersene". Al riguardo, dice: "il potere forte è il vostro, ci fate sentire malati, voi rappresentate la nostra malattia e il nostro passato. Per crescere devo dimostrare di fare a meno di voi e delle medicine. Se pensaste a come ci trattate e in che modo, invece, potreste cambiare il modo di stare con noi!".

Filippo esplicita la richiesta di una modalità di rapporto che non sia fondata su asimmetria e potere del sano sul malato. Il responsabile del Centro Diurno, che partecipa all'incontro, propone a Filippo di pensare il rapporto operatori-utenti in uscita come quello tra padri e figli adolescenti, quando è più difficile regolare la distanza per permettere l'autonomia e lo sviluppo dei figli.

Formuliamo delle ipotesi su quanto emerso fin qui.

Il rapporto col Centro Diurno sollecita in Filippo vissuti di dipendenza dalla struttura, rappresentata come un centro di potere che prescrive, decide chi è dentro e chi è fuori dai circuiti psichiatrici, chi è malato, chi è sano e chi è guarito. Filippo parla della relazione con la struttura come se non ci fosse alternativa fra il dipendere dall'autorità e l'opporci a essa, escludendola per individuarsi.

Si potrebbe dire che il paziente si sta ribellando ma è utile chiederci: a quale proposta di dipendenza dal Servizio è indirizzata la sua ribellione? Viene alla mente la tipologia di rapporto che si organizza tra un medico, forte del suo potere tecnico e il paziente. La medesima asimmetria di potere è presente nell'ipotesi del responsabile, relativa alla dipendenza fra un padre e un figlio adolescente, fra un grande e un piccolo, fra chi sa e chi ancora non del tutto. Si tratta di relazioni in cui le persone e il loro rapporto sembrano scontatamente note, in una posizione di alto/basso, potere forte/potere debole. La proposta interpretativa del responsabile sebbene contenga l'intento di dare un significato alla crisi come crisi del rapporto piuttosto che del singolo, in cui cioè la proposta relazionale che ha provocato la crisi di Filippo

viene ripensata criticamente, sembra ancora ricondurre quest'ultimo proprio al modello di relazione a cui si è ribellato, che lo vede cioè solo come bisognoso di cure.

Se pensiamo alle due azioni che Filippo ha messo in atto possiamo distinguere due diverse modalità: sospendere l'assunzione dei farmaci e non frequentare il Centro sono scelte basate su una fantasia di autonomia intesa come elusione dei rapporti, il "bastarsi da solo" esplicitato da Filippo agli operatori nel gruppo. Altre scelte successive, come la richiesta di passare la notte in Comunità e poi di ricovero al SPDC, sembrano basate sulla fantasia di capovolgere il rapporto di potere in cui il paziente si sente implicato, e usare i Servizi in rapporto alla propria esclusiva esigenza.

L'intervento della Comunità e dell'SPDC permettono una riorganizzazione della domanda agita di Filippo: dapprima la comunità riesce ad accogliere la richiesta di protezione del paziente, quindi il ricovero favorisce la capacità di riflettere piuttosto che agire i propri desideri.

Per meglio comprendere quanto emerso, facciamo un passo indietro.

La richiesta di Filippo di spostare l'orario del gruppo settimanale viene considerata inaccettabile sul piano concreto, mentre sembra essere poco esplorato nel gruppo il suo significato simbolico. Si potrebbe ipotizzare ad esempio che la proposta di cambiare l'orario sia un modo di contrattare con un potere vissuto come assoluto, non contrattabile.

Ipotizziamo che Filippo si trovasse nella necessità di conciliare e integrare dentro di sé posizioni relazionali molto diverse: da un lato nelle attività lavorative aveva la possibilità di sentirsi competente, dall'altro continuava a sentirsi in una posizione dipendente in quanto utente psichiatrico.

Si può pensare che la ricerca di spazi di contrattazione rappresentasse un tentativo di integrazione tra posizioni così distanti. A questo livello non ci chiediamo tanto se si tratti di accettare o meno la proposta dell'utente quanto piuttosto di comprenderne il senso dentro un momento specifico del percorso terapeutico. Analogamente si può interpretare il rifiuto dei farmaci come rifiuto della relazione che fa da cornice alla somministrazione dei farmaci, rifiuto quindi della modalità prescrittiva che può caratterizzarla e che sollecita vissuti di dipendenza.

Ancora si potrebbe pensare che la scelta di non partecipare agli incontri del gruppo terapeutico non rappresenti il rifiuto dell'incontro, ma delle modalità di relazione che fondavano l'incontro stesso.

Filippo a suo modo stava invitando la struttura a farsi carico della relazione con lui e a interrogarsi sul lavoro svolto insieme, verificando così l'andamento del processo terapeutico.

In questa ottica l'ipotesi proposta dal responsabile, che riconduce la relazione paziente-Servizio al modello delle relazioni familiari, può essere interpretata come l'esplicitazione della simbolizzazione condivisa nel Servizio: simbolizzazione emozionale che veicola sia la rappresentazione *in minus* del paziente (come nella relazione adulto/bambino) sia quella di persona in sviluppo, dotata di risorse che possono emergere anche grazie al lavoro dello stesso Servizio.

Sul rapporto fra cliente e Comunità Socio-Riabilitativa: ribellarsi alle regole

Proponiamo un secondo caso in cui si può utilizzare il costrutto di evento critico per comprendere il senso della crisi psicotica manifestata da una paziente: Ilaria.

Ilaria ha 35 anni ed è ospite di una comunità riabilitativa da un anno e mezzo. L'immagine condivisa nella comunità è di una persona generalmente schiva e tranquilla, che ha legato quasi esclusivamente con la sua operatrice di affidamento. Recentemente gli operatori hanno la sensazione che Ilaria sia più nervosa, in particolare nelle giornate del lunedì.

Spesso nei servizi l'atteggiamento tranquillo dei pazienti è considerato prova del fatto che tutto procede bene, senza problemi particolari con cui dovere fare i conti. L'immagine del paziente tranquillo rimanda anche ad attese di dipendenza passiva, come modalità di rapporto auspicata. Al polo opposto del continuum di desiderabilità, quindi, è posizionato il paziente nervoso, agitato, che ad esempio contesta le regole, rifiuta i farmaci, chiede spiegazioni.

Tornando a Ilaria, l'evento critico che intendiamo resocontare ha a che fare con una richiesta che la paziente rivolge ad uno di noi, tirocinante nella Comunità, durante un lunedì pomeriggio. Quel giorno il tirocinante viene incaricato per la prima volta dagli operatori di essere il referente per la struttura, cioè la figura cui gli utenti possono rivolgersi se gli operatori sono impegnati in altre attività cliniche.

Ilaria, mentre è in corso la riunione del gruppo di pazienti e operatori cui lei stessa partecipa, lascia a metà il gruppo, cerca il tirocinante e pretende che le sia riconsegnato il suo cellulare. Dobbiamo premettere che la paziente ha un accordo preciso con la comunità, che le consente di utilizzare il cellulare solo in alcuni momenti. Lo scopo di questa regola è evitare che Ilaria usi il cellulare a suo piacimento, nell'ottica di controllare la compulsività con cui telefona al suo medico curante. Prima dell'ingresso in comunità la paziente è arrivata a essere accusata di stalking per il suo comportamento. Il tirocinante utilizza l'ancoraggio alle regole per rispondere a Ilaria e si rifiuta di consegnarle quanto richiesto. Ilaria, in un modo sempre più pressante, dice che ha bisogno di utilizzare il cellulare per un motivo specifico: deve chiamare i genitori per farsi venire a prendere e andarsene dalla Comunità. Di fronte alla fermezza del tirocinante sulle regole e sulla necessità di accordarsi con la sua operatrice di riferimento per usare il cellulare fuori orario, la rabbia della paziente cresce. In rapida successione Ilaria si va a chiudere in camera a fare le valigie, urla disperata, dice che farà un casino se non avrà il cellulare e comincia a tempestare di calci e pugni la porta della stanza in cui si trova il telefono. Interviene la sua operatrice che cerca alternativamente di riportarla a un dialogo calmo e di bloccarla fisicamente, ma Ilaria scappa nel refettorio dove, sempre più disperata, ribalta tavoli e lancia panche. L'operatrice riesce infine a calmarla e a riportarla nel gruppo da cui era bruscamente uscita, insistendo sulla possibilità di parlare di quello che sta succedendo.

Nei giorni seguenti Ilaria assume di nascosto farmaci e alcool e cerca più volte, riuscendoci, di appropriarsi di un telefono. In una di queste occasioni arriverà a uno scontro fisico con la sua operatrice. La comunità le offre diverse occasioni per parlare del desiderio di lasciare il programma e infine le propone di tornare a casa per ripensare al suo contratto terapeutico e alle sue motivazioni.

Dopo un mese, Ilaria ritorna in comunità e un lunedì racconta al tirocinante in un lungo colloquio come aveva vissuto il suo stare in comunità nel suo ultimo periodo di permanenza. Racconta del suo vissuto di discriminazione rispetto ad altri utenti e ad alcuni operatori ai quali è consentito non rispettare regole che dovrebbero essere valide per tutti; si dilunga su episodi che riguardano principalmente il consumo di cibo e la possibilità di avere parola nel gruppo. A questo proposito racconta di quanto avvenuto il lunedì in cui abbandonò il gruppo, rabbiosa per l'ingiustizia subita, poiché per l'ennesima volta era stato concesso a un'altra utente di infrangere la regola per cui nel gruppo ognuno può parlare una volta sola, possibilità a lei negata.

Sentiva che potevano esserci eccezioni alle regole, ma che questo non valeva per lei; che il responsabile del gruppo e la sua operatrice di affidamento usavano il loro potere per escluderla da certi privilegi. Affermava poi che negli ultimi mesi aveva sentito venir fuori una parte molto diversa di se stessa, meno remissiva, inibita, distante dall'Ilaria tranquilla e accomodante dei primi mesi in Comunità. Diceva di sentirsi più oppositiva, contestatrice e che questo le creava problemi dentro la comunità, esacerbando le ingiustizie nei suoi confronti da parte degli operatori, dei quali peraltro non si fidava più. Tutto questo fa sì che la paziente dica: "stare qui in Comunità non mi serve, non sto migliorando. Preferisco tornare a casa". Il mercoledì seguente Ilaria lascerà nuovamente la comunità.

Che ipotesi possiamo fare dalla nostra prospettiva di tirocinanti su questo caso?

Lo abbiamo proposto come caso che racconta una crisi, ma di chi? L'ipotesi che facciamo è che le regole possano funzionare come cornice entro cui capire i movimenti dei pazienti. Cosa significa se un paziente entra in conflitto con le regole della comunità? O smette di sentirsi passivamente dipendente dagli operatori? Il rischio è pensare che sia un peggioramento della sua malattia, riducendo a fenomeno psicopatologico individuale un evento che implica la relazione con la struttura riabilitativa.

Proponiamo un'altra strada, ipotizzando che la paziente, impegnata nel tentativo di integrare parti di sé, stia vivendo in modo ambivalente il rapporto con la struttura. Passare da un rapporto di dipendenza passiva a una fase di conflittualità, non scontatamente può essere considerato un segnale di miglioramento o peggioramento del paziente. Si tratta piuttosto di una "domanda" da analizzare, e in tal senso è utile interrogarsi su come la comunità possa farsi carico di tali aspetti.

Si può ipotizzare che la vita in Comunità solleciti in Ilaria alcuni vissuti di competitività rispetto ad esempio al dover dividere, contrattare con altri la possibilità di parlare. Ilaria dice chiaramente di essere gelosa e arrabbiata col responsabile e la sua operatrice, propone la fantasia che gli altri siano privilegiati, e lei discriminata. Se leggiamo simbolicamente la dinamica di invidia che Ilaria ci propone, possiamo cogliere come la lamentala sia un pretesto, un modo per parlare del suo vissuto di esclusione, di come viva persecutoriamente ciò che avviene. Pensiamo che la fantasia di voracità onnipotente di Ilaria, che

vuol possedere tutto, non le permetta di tollerare confronti con la realtà, perché essa pone limiti a una fantasia che è totalizzante. Vuol possedere la sua operatrice, non dividere la sua disponibilità con altri utenti; vuole parlare nel gruppo senza contrattarlo.

Il vissuto di esclusione è sollecitato dal sentire di non poter possedere tutto quello che sta desiderando. La voracità di Ilaria si connette alla modalità con cui la Comunità si propone nella relazione con i suoi ospiti, quale fonte di nutrimento: da un lato la proposta della comunità di essere cibo, dall'altro il bisogno vorace della paziente di averlo tutto per sé. Sembra che Ilaria sia tanto vorace affettivamente quanto più la Comunità si percepisca in rapporto a lei quale fonte di nutrimento.

Se teniamo a mente le fantasie di Ilaria rispetto alla Comunità, possiamo comprendere come le regole diventino una dimensione frustrante da tollerare. Tramite la regola, la comunità può modulare il suo essere fonte di nutrimento, la presenza e assenza dell'oggetto buono.

Potremmo ipotizzare che Ilaria chieda alla comunità di saziare il suo vorace desiderio affettivo, e di farla sentire privilegiata rispetto agli altri. Non c'è però nutrimento sufficiente a colmare la richiesta della paziente. Il rifiuto di stare in comunità da parte di Ilaria sembra assumere, quindi, anche il significato di un fallimento della fantasia condivisa fra Ilaria e Servizio di essere saziata e poter saziare.

Il caso di Ilaria consente di fare una riflessione sulla funzione delle regole entro la convivenza in comunità terapeutica. Spesso nelle comunità le crisi sono in rapporto con la violazione delle regole.

Nelle nostre esperienze di tirocinio in comunità abbiamo appreso che le regole possono essere strumenti utili a organizzare la convivenza, e che possono prendere senso in rapporto agli obiettivi dell'intervento. Vogliamo sottolineare come le regole siano strumenti funzionali in particolare quando sono finalizzate alla realizzazione di un prodotto, che chiama in causa il desiderio di ciascuno e contemporaneamente la necessità di stare a degli accordi per conseguirlo. Facciamo un esempio descrivendo ciò che accade in una delle comunità riabilitative in cui lavoriamo: in questo caso i pazienti si organizzano con un operatore per risparmiare parte dei soldi che ricevono quotidianamente, in vista di una serata in pizzeria. La regola risulta, così, in stretta connessione con un elemento terzo che le dà senso, e che mette i pazienti dentro un'esperienza di progettualità. Altre volte le regole sono soprattutto inibitorie di comportamenti, seguono la logica del "razionamento" tipica dei contesti istituzionalizzati. Pensiamo che questa seconda tipologia di regole possa avere diversi effetti: in certi casi fungono da garanzia del contenimento, mentre in altri hanno a che fare con lo sviluppo della competenza a stare nelle relazioni, in sistemi di convivenza organizzati. Competenza che intendiamo come principale obiettivo riabilitativo delle strutture per la malattia mentale.

Le situazioni resocontate fin qui mettono in rilievo come ciò che il senso comune definisce univocamente come "crisi di un paziente psicotico", da una prospettiva alternativa possa essere pensato come segnale di un cambiamento nel rapporto tra utenti e Servizi, e quindi indizio della necessità di ripensare e ricontrattare il senso di quei rapporti. Inoltre mettono in evidenza che la funzione psicologica nei Servizi riguarda la possibilità di costruire setting in cui le persone, magari a partire da pretesti, come la questione delle regole, possano parlare piuttosto che agire.

Ricordiamo ad esempio che, di fronte alla pretesa di Ilaria, il tirocinante, nell'agire quasi esclusivamente il contenimento della sua insistente richiesta - attraverso il solo ancoraggio alla regola - perde l'occasione di entrare in rapporto con l'aspetto simbolico della richiesta e di parlarne con la paziente.

La dialettica tra crisi e cronicità

Come dicevamo nelle prime battute di questo contributo, la crisi si configura in maniera diversa nei diversi contesti.

Nel lavoro entro il SPDC abbiamo colto come in una struttura orientata ad occuparsi di pazienti in crisi diventi problematico stare in rapporto ai pazienti definiti cronici, e sia particolarmente difficile organizzare un lavoro di connessione con altri servizi per un invio. È interessante come il rapporto tra crisi e cronicità si inverta nel caso delle Comunità, che spesso si organizzano collusivamente sulla cronicità dei propri clienti, e possano sentirsi messe in scacco dagli episodi di crisi.

Soffermiamoci ora sul SPDC.

Dicevamo che il SPDC sembra poter funzionare efficacemente rispetto alle acuzie, mentre emerge un vissuto di crisi del Servizio, di inadeguatezza, nel rapporto con quei pazienti che periodicamente vengono ricoverati o decidono di ricoverarsi, che hanno una lunga storia di rapporto con il Servizio. Il ricovero nel SPDC avviene per contenere le crisi acute, che noi ipotizziamo come già detto crisi dei rapporti con il proprio contesto di convivenza, e per concordare eventualmente con l'utente un progetto di invio ad altri Servizi che se ne facciano carico. I pazienti definiti cronici sembrano mettere in crisi questo tipo di intervento.

L'ultima situazione clinica che proponiamo ci parla di come la cronicità, così come la crisi, possa essere riletta non come condizione di un individuo, ma del rapporto tra utenti e Servizi.

Adele è una signora di 74 anni, vedova che vive sola; arriva nel SPDC dopo l'intervento delle forze dell'ordine e della psichiatra che già la seguiva, per via di una segnalazione dei vicini disturbati dalla musica ad alto volume. Si ritiene opportuno il ricovero, per via della condizione in cui viene trovata Adele, cioè in "preda ai deliri". La tirocinante, consultando la cartella clinica apprende che Adele ha una lunga storia di ricoveri e una diagnosi di disturbo di personalità schizotipica. Secondo gli operatori del servizio Adele non può tornare a casa in quanto non è in grado di badare a se stessa.

Si ipotizza per lei un invio in una Residenza Sanitaria Assistenziale, RSA, ma le lunghe liste di attesa, posticipano la dimissione di Adele dal SPDC, senza un'ipotesi sul senso del suo rimanere in reparto. Il ricovero di Adele dura qualche mese e la lunga permanenza è giustificata dall'impossibilità di trovare un contesto che possa occuparsi di lei. Adele in attesa di un posto entro l'RSA, continua ad essere stabilizzata dalle cure farmacologiche, ma dopo un po' di tempo comincia ad esprimere il desiderio di tornare a casa e di non essere inviata in nessun'altra struttura. Gli operatori dicono "più di così non viene", a significare che il lavoro terapeutico con Adele sembra non riuscire a trovare sbocchi, o possibilità di evoluzione, considerata anche la sua lunga storia di rapporto con i Servizi psichiatrici.

E' interessante soffermarci su come, in questo periodo, Adele, abbia operato uno sviluppo delle sue fantasie sul Servizio: all'inizio l'SPDC veniva vissuto come un sistema amico, di cui si fidava; successivamente il Servizio ha cominciato ad assumere sembianze persecutorie all'interno di deliri che raccontano di guardie, polizia e carcere. Adele in questa fase comincia a inveire contro gli operatori dicendo che è illegale tenere le persone lì violandone la libertà. Le fantasie, i deliri di Adele parlano del rapporto tra lei e la struttura in cui è inserita. La fantasia di essere prigioniera fa pensare alla fatica di recuperare il senso del ricovero, senza un obiettivo, senza un progetto.

Pensiamo che Adele senta rifiutate dal Servizio le sue aspettative di vita e specularmente rifiuti la proposta di andare nella RSA, in quanto reificazione dell'ipotesi che il Servizio sta facendo del rapporto con lei: ovvero che non si possa fare più nulla per lei. La risposta critica della paziente alla proposta di andare nella RSA, più che un'ulteriore prova della incapacità di Adele di badare a se stessa, ci sembra il tentativo di esprimere, agendole nel rifiuto, e anche nel delirio, le emozioni che vive in rapporto ad un Servizio che fa fatica a costruire con lei dei percorsi di reinserimento sociale, e che pensa per lei un invio in un luogo sentito come di "detenzione", così come sta vivendo il ricovero attuale.

Il caso ci sembra evidenzi la dialettica tra crisi e cronicità all'interno della rete dei Servizi, e la possibilità che queste due dimensioni possano essere differenzialmente interrogate in funzione del mandato della specifica struttura nel quale l'intervento è iscritto, per comprendere il rapporto con i pazienti e i possibili sviluppi di questi rapporti.

La cronicità di Adele, l'impossibilità di un invio, in questo caso mettono in scacco l'obiettivo terapeutico dell'SPDC, la diagnosi e la cura, prima che essere un problema della paziente.

Prima ancora che caratterizzare Adele, la cronicità può essere riletta come caratteristica del rapporto tra lei e il Servizio, così come tra Adele e i suoi contesti. Cronico sembra essere un rapporto cui si dà sempre lo stesso significato emozionale, fuori da un prodotto, fuori da una dimensione contestuale che ne può rintracciare significati nuovi.

La rappresentazione che l'SPDC ha del proprio intervento ci sembra legata all'urgenza del ricovero e al breve tempo di permanenza in ospedale. Al contrario l'intervento nella Comunità si propone diluito in tempi lunghi fino a comportare in alcuni casi il vissuto di assenza, di annullamento del tempo e del progetto. A questa rappresentazione interna del mandato presente nei due diversi contesti di cura, fa da contraltare la domanda che il contesto di relazioni del paziente pone ai due Servizi: per il SPDC sembra essere "prendilo in carico quanto prima" e per la comunità "tienilo in cura il più possibile". Si rende così

più esplicita la profonda diversità degli obiettivi dei Servizi, e i rapporti che essi hanno con le altre strutture di rete, pur all'interno di un comune mandato istituzionale.

Conclusioni

In questo contributo abbiamo cercato di riflettere su cosa significhi lavorare con la malattia mentale e confrontarsi con situazioni di crisi entro tali strutture.

Abbiamo proposto tre resoconti di crisi nella relazione fra clienti e strutture di riferimento.

Pensiamo a Filippo che chiede al Centro Diurno di sostenerlo nel suo tentativo di integrare parti diverse e in cambiamento di se stesso: quelle più autonome e competenti sperimentate nel lavoro, con quelle che necessitano di sostegno terapeutico. Pensiamo a Ilaria che chiede alla comunità socio riabilitativa di saziare tutti i suoi bisogni affettivi; e ancora pensiamo ad Adele che chiede al SPDC di integrare le proprie aspettative di vita nel suo progetto terapeutico.

I Servizi affrontano la crisi a partire da specifiche ipotesi sulla malattia mentale e sulle esigenze dei pazienti. Nel primo caso il Servizio considera Filippo principalmente come bisognoso di cure, nel secondo caso la comunità si propone come chi può lenire le ferite offrendosi oblativamente a colmare il vuoto affettivo avvertito da Ilaria. Nel terzo caso l' SPDC sperimenta un senso di impotenza nel rapporto con Adele e le propone l'RSA, che assume però le sembianze di un "ripiego", nell'impossibilità di intravedere prospettive di sviluppo.

La malattia mentale sembra così identificata ora con il bisogno di cure, ora con il bisogno di affetto, ora con l'impossibilità di rintracciare prospettive di sviluppo, rappresentazioni e proposte di dipendenza dai Servizi a cui peraltro gli stessi pazienti si ribellano. Ciò che ci preme sottolineare a questo punto è il rischio che tali rappresentazioni siano agite in maniera univoca nei rapporti con i pazienti. Per contrasto vogliamo proporre come sia importante pensare alla malattia mentale non come a qualcosa di stereotipato e statico ma che acquista senso, muta ed evolve entro i rapporti che la riguardano.

La domanda che arriva ai Servizi è quella di occuparsi delle relazioni, di sviluppare criteri di lettura delle relazioni che permettano di intervenire terapeuticamente su di esse, anziché sui singoli individui. Abbiamo visto, ad esempio, che spesso nella rappresentazione dei Servizi la crisi coincide con un rifiuto: il rifiuto dei farmaci di Filippo, il rifiuto della permanenza in Comunità di Ilaria, il rifiuto dell'invio proposto dall' SPDC da parte di Adele. Ipotizziamo quindi che tali rifiuti prendano senso in rapporto alla specifica modalità di relazione instaurata in quei contesti, alla proposta di dipendenza che i Servizi fanno ai propri utenti.

Torniamo, in conclusione, al costrutto psicosociale di evento critico come evento che mette in scacco gli impliciti di funzionamento delle strutture, e che quindi può sollecitare il Servizio a ripensare i rapporti che istituisce. Proponiamo tale costrutto come criterio che permette di trattare i problemi che emergono nelle strutture mettendole in relazione con gli obiettivi specifici che le strutture stesse perseguono.

Un agito o la crisi acuta di un paziente, un vissuto di impotenza o di fallimento di un operatore, possono porre l'attenzione sul rapporto struttura-utenti, promuovere una verifica del lavoro svolto e ri-orientarlo sugli obiettivi della struttura.

Riteniamo che il tirocinio nei contesti della malattia mentale possa avere a che fare con l'istituire eventi critici a partire dalle crisi, per riflettere sulle relazioni che si istituiscono: relazioni fra utenti, fra utenti e operatori, fra la struttura e il territorio.

In rapporto a ciò pensiamo che la posizione organizzativa intermedia dei tirocinanti consenta di porsi come risorsa per la comprensione di tali dinamiche relazionali. La possibilità di parlare con utenti e operatori a proposito delle relazioni che si vivono nelle strutture e delle emozioni a esse associate, nonché la facilitazione dei rapporti, possono rappresentare aree di intervento in cui il tirocinio diviene fattore di sviluppo per il Servizio.

Bibliografia

Brescia, F., Crisanti, P., Magrini, F., & Mazzeo, G. (2009). L'esperienza di tirocinio entro le Comunità riabilitative. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 17-20.

Bucci, F., Gibilisco, S., & Roselli, R. (2009). Il Tirocinio nel SPDC. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 21-24.

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

Carli, R., Paniccia, R.M., Di Ninni, A., Scala, V., Pagano, P., Giovagnoli, F., et al. (2008). La Cultura Locale dei Centri di Salute Mentale (CSM) in Italia. *Rivista di Psicologia Clinica, [supplemento]*, 3, 1-60.

Carli, R., Giovagnoli, F., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti, F., De Berardinis D., et al. (2008). Servizi psichiatrici per la diagnosi e la cura (SPDC) del Lazio: Cultura Locale e indicatori di sviluppo. *Rivista di Psicologia Clinica, [supplemento]*, 3, 61-77.

Paniccia, R.M., Di Ninni, A., Cavalieri, P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-95.