

Mental Health Center: The relationship ‘individual/ social coexistence milieu /Service’ in the clinical intervention for mental illness

Roberto Vari*

Abstract

The models of clinical intervention are represented through three categorical axis. Different approaches to the therapeutic intervention in a Mental Health Service are highlighted, through the analysis of a clinical case, in order to point out problems, limits and potentialities of each approach. The relational dynamics inherent the triad “individual/ social coexistence milieu /Service” are proposed as object of the clinical intervention for problems concerning mental illness. The survey of the configurations assumed by the emotional symbolizations within the above mentioned triadic frame allows to individuate potential recurrent critical contexts. The construction of a categorization system of the clinical phenomena expressed in the demand is here explored as an alternative to the main systems of classification pivoting on symptoms and personality traits. In the end, potential development lines of the Mental Health Center are analyzed together with its possible reorganization.

Keywords: mental illness; Mental Health Center; social coexistence milieu; short term psychological intervention; categorization systems.

* Clinical Psychologist, formerly in charge of Operational Unit ‘Admission Process and Short Term Interventions’, Mental Health Center, Third District A.S.L. Roma D. E-mail: roberto.vari9@gmail.com; tel. 0039 3381703971.

Introduction

Epistemological advances in the 20th century drew greater attention to the relationship between the individual and the context rather than to the internal properties of either of the two.

Various studies contributed to this shift: the theory of systems (Buckley, 1964/1976; Gray, Duhl, & Rizzo, 1969/1978); the principles of circular causality (Asbhy, 1958/1971) revisited by Bateson (1972/1976); the ecological model of Bronfenbrenner (1979/2002); so-called 'contextualism' (Vinegar & Valsiner, 1992); constructivist paradigms and the theory of systems of second order cybernetics (Glasesfield, 1981; Maturana & Varela, 1980/1985).

In all these works the relation between the individual and the context is represented as reciprocal, interactive and characterized by circular causality models. The observer cannot be neutral, but influences the system in accordance with Heisenberg's uncertainty principle (Ludovico, 2001). In the social psychology field, Moscovici (1984/1989) studied social representations. The latter set the bounds of the area of interpersonal sharing within a space that does not concern the individual or the context but has to do with the relationship. Carli (1990) formulated the construct of 'collusion' defined as a psychic process which by means of affective symbolization, governs relations of reciprocity and the formation of shared social representations. Grasso and Salvatore (1997) showed that the construct of collusion, insofar as it represents the process of unconscious sharing of affective symbolizations in social relations, provides a model of the interface between cognition and social representation, making it possible to go beyond the individualist or contextualist tendencies sometimes still implicitly present in the formulations of the authors mentioned above. In the mental health service however it is interesting to notice the lack of correspondence between epistemological evolution and clinical practice. Therapeutic interventions are mainly centered on the individual and clinical language reveals the adoption of deterministic paradigms and models inspired by the principles of linear causality.

In this article the cultures and models of the clinical intervention dealing with mental disorders in Mental Health Centers¹ (C.S.M.) will be represented using three categorical axes that will be the reference points for the subsequent analyses. The attempt will be made to highlight the close relation between the choices made from the options present in these category axes, clinical practices and intervention cultures. The intention is to show that by going beyond individualistic models and by assigning importance to the "social coexistence milieu" and to the organizational and institutional components of the Service, a different approach can be developed which implements efficacy and efficiency in the mental illness intervention, enabling new prospects of categorization of the recurrent elements in the demand as well as interesting advances in the organization of mental health centers.

A) Contextual space

This is understood, with reference to the construct of 'field' formulated by Lewin (1951/1972), as the whole set of coexisting elements in interaction with each other. In accordance with the ecological model postulated by Bronfenbrenner (1979/2002), contextual space is conceived as a system of concentric circles that gradually come to include the whole set of relations: from the intra-psychic to the interpersonal, from relations present in organizations to those existing in communities of various kinds. Moreover, it supports Carli's formulation (1990) which defines the context in terms of relational space constructed through a collusive process, namely through the participants' reciprocal affective symbolizations.

¹ The Mental Health Center is the local unit responsible for planning and carrying out the clinical intervention. It is part of the Mental Health Department which comprehends also a psychiatric hospital ward, daycare centers, family homes, residential communities.

The clinical problem arises in identifying the significant elements that will serve to mark out the specific contextual space that is the focus of analysis and intervention. This selection marks important differences in the cultures of Mental Health Centers' therapeutic intervention.

B) Criteria of representation of the clinical phenomenon.

The infinite possibilities of representation of the clinical phenomenon can be confined to two opposite poles:

- The clinical phenomenon is seen as the expression of the disparity existing compared to a supposedly ideal state (Carli & Paniccia, 2003). This representation comes about through the adoption of different types of antinomy: functional/dysfunctional, health/pathology, maturity/immaturity, growth/regression and so on.
- The clinical phenomenon is represented as the expression of relational criticality present in the particular system of social coexistence. These critical aspects are considered the manifestation of emotional problems present in the demand rather than deviations from an ideal state.

C) Goals.

The various goals of the intervention are grouped into two categories:

- Prescriptive/corrective goals deriving from the representation of the clinical phenomenon as a variance from the ideal model.
- Process goals pursuing the growth of competences, not predefined or predictable, inherent to problems of social coexistence.

A complex clinical situation: aspects of the categorization of the clinical intervention

We report a clinical episode representing some of the critical phases that occur in a Service dealing with mental illness.

Sergio, forty-three years of age, for seven years has been having treatment at a C.S.M. which has diagnosed a schizophrenic syndrome with long periods of good balance, during which he works (as a clerk in a Ministry). During the treatment he has pharmacological therapy and, for a certain period, conversations with a psychologist. Sergio is in an affective relationship with the woman he lives with and is starting to plan marriage and at the same time, claiming to feel well, he decides to stop the pharmacological therapy and cut off all contact with the C.S.M.

After a while he breaks off his relationship. Due to pressure from his mother, who is alarmed because he has broken up with his partner and because he seems to be giving signs of imbalance, Sergio returns to the C.S.M. but refuses pharmacological treatment. In the next few days, however, through an intervention triggered by a call from the 118 psychiatric service (emergency service) depot medication is administered. The patient, who meanwhile has changed address, is referred by the previous Service to the current local C.S.M. The referral is accompanied by a short report asking that the pharmacological therapy be checked. The mother contacts the new Service and begs for an urgent intervention, fearing that her son will break off the pharmacological therapy again. She has a reception interview and two days later a home visit is organized with a psychiatrist and two nurses to administer the pharmacological therapy. During this visit, Sergio reacts to the staff in a very verbally aggressive way, declaring that he does not need the therapy. However, he undresses completely and lets them give him the injection. After that, the staff invite him to an interview in the Service, but he does not seem to agree. The following week two nurses go to his house for recommence depot medication, but they find Sergio very threatening: he pushes the staff violently to get them out of the house, while the mother blocks the door to stop them leaving. He undresses and verbally threatens to sodomize the nurses, who, frightened, call 118 (in the previous days Sergio had threatened a boy in the building in the same way). In the end, after intense resistance, he is admitted with T.S.O. (Compulsory Health

Order) to the S.P.D.C. (Psychiatric Service for Diagnosis and Treatment) with a diagnosis of bipolar disorder in the manic phase. Once released from hospital, he comes with his mother to a consultation with the psychiatrist to whom he has been assigned. Sergio appears calm but not very talkative, yielding and passive; he lets his mother take the initiative in the clinical conversation.

Now, let us analyse the list of possible interpretations which give rise to different therapeutic pathways in the light of categories A, B and C outlined in the previous section.

1) The C.S.M. he came from described the clinical situation using the nosographic diagnostic model, diagnosing the patient with schizophrenia while the hospital division where he was admitted opted for bipolar disorder with delirious mania. The context (axis A) taken into consideration consists of the relational fantasies present in the patient's inner world and acted out. The latter, interpreted as symptoms that come together in pathological syndromes, are attributed to a causalistic, mechanistic pattern which voids them of their symbolic sense. The phenomena are represented (axis B) by means of the criterion of variance from the model of the antinomy pathology/health. The goal (axis C) is corrective, designed to reestablish the state of health where possible.

Sergio's problems are interpreted and organized around the theme of whether the pharmacological therapy believed to be able to control the pathology is accepted or not.

The events underway tend to be attributed to the interruption of the medication, which causes the illness to become acute again. This approach focuses on the search for Sergio's compliance in the sense of following the pharmacological therapy but also as willingness to be treated by the C.S.M.. The new Service which was notified about Sergio, a-critically accepted the mother's alarm about his rejection of pharmacological therapy. In unison with the mother, the intervention consisted of pressing the patient to return to the prescribed medication. Since this pressure not only failed but caused new problems, the clinical action was transformed into a Compulsory Health Order.

2) The interpretation of the clinical events is organized around Sergio's emotional world. It can be presumed that he expresses an ambivalent attitude towards his mother, revealed by the swing between following her wishes and rebelling against them. He is not able to free himself from a relationship of dependence on his mother; the plan to get married, though desired, is experienced as something divisive causing anxiety. His mental state, marked by confusion and by a partial mental disorganization, expresses both the intense anguish present and the avoidance of the relational problems he has to face. In this hypothetical reading, the context of analysis and intervention (A) is still in the area of intra-psychic relations; the focus has shifted from the symptoms to Sergio's emotional world which remains, as in the previous point, the object of intervention. As regards category axes B and C, there are two possible directions to take:

- Emotional experiences and acting out are treated as expressions of pathology or dysfunction, and the aim is corrective. By means of a dual setting², the intervention could be both pharmacological and psychological and pursue the aim that Sergio should become sufficiently autonomous. This approach encounters various difficulties: Sergio's motivation to carry out the work appears weak; the doubtful efficacy, for the patient, of a therapeutic intervention revolving mainly around symbolic-verbal work; the long duration expected for the correction compared to the lack of resources available to the services (the intervention cannot be considered successful unless Sergio achieves a sufficient level of autonomy).
- Emotional experiences and acting out are treated as expressions of a problem of social coexistence; the aim is of processual and is open, trying to implement Sergio's competence in facing the problem. The absence of a demand from the patient along with the doubts about the use of symbolic-verbal work in a dual setting remain problem points. However, it is possible to envisage a circumscribed

² The term "dual" refers to a configuration of the therapeutic relationship – such as therapist/single patient, therapist/family, therapist/group – where the contextual dimensions are not assumed within the setting.

intervention since the goal does not consist of a pre-established shift from a dysfunctional state to a functional one (sufficient capacity of psychological independence) but aims to reconstruct a sense of the critical moment when Sergio faces himself, and to promote the development of his skill in dealing with it.

3) The interpretation envisaged in this point shifts the focus onto the relational dynamics between Sergio, his partner and his mother. It is presumed that there is a symbiotic relationship in which the subjects control each other, suppressing their own individuality. The collusive balance with the mother is severely challenged when Sergio makes plans to marry; the mother (as the later interviews reveal) claims a space where she can look after the garden in the house where the couple will go to live, the future daughter-in-law opposed the idea, while Sergio, who bought the house with the financial help of his mother, feels paralyzed by the conflict. He deals with the problem by leaving his partner, but anxiety and processes of psychic disorganization appear. The mother tries to regain control by making sure her son takes his medication and lets himself be protected by her, but Sergio refuses the medication, which he sees as yet another imposition by his mother.

The contextual space (A) considered extends beyond intra-psychic relations, since other subjects are also analyzed (the mother and the partner). These two, no longer considered only parts of the patient's inner world, construct and in turn influence events. Sergio's inner world gets meaning not only as an expression of inner relational situations that are unchanging and are re-proposed each time (his dependence), but also serve as a sort of chess board according to how the mother and the partner interact. In this perspective, the current context comes to assume great significance and its own specificity instead of appearing as a pretext for the repetitive expression of Sergio's personality traits. The broadening of the context under consideration gives a new sense to events; the attention to the intra-psychic world does not disappear but it is understood by means of the emotional symbolizations present in the relational network involving the various players. The object of analysis and intervention is no longer only Sergio but also his mother and possibly his partner.

The adoption of a different context of intervention here marks an important difference in axis B and C: it is the relationships rather than the patient that will be considered dysfunctional or pathological. On the other hand, if the phenomena were represented as problems in social coexistence, the goal would be to develop skills in 'all' the protagonists of the context under examination. This also applies to the points below.

4) The interpretative model adopted here envisages an even broader contextual space which includes the Service to which the request is addressed; this therefore involves the relations between Sergio, his interlocutors and the Mental Health Center. The mother, who is losing control over her son, asks for the urgent intervention of the Service, seen as endowed with the power to convince or to force the son to take his medication again. The staff accept the mother's request and act upon it, regarding Sergio as a sick person in the grip of an acute crisis. They go to his home and find the patient opposed to the visit and to the pharmacological therapy, which however he accepts in an act of submission. On the second visit Sergio's refusal is absolute, and he becomes intolerant and threatening. An atmosphere of potential danger is created. The Service does not analyze the demand, but acts out the controlling fantasy expressed by the mother. Sergio reacts aggressively towards the staff since he identifies the Service with his mother. The sodomy threat expresses an attempt to regain phallic power when faced with the impotence he feels oppressing him. In this perspective, it is legitimate to suppose that the danger felt by the staff represents the outcome of enacting in which reciprocal control appears to be the only relational modality activated. Moreover, in this acting out, the Service is an important protagonist.

It is essential to stress that extending the contextual space (A) to the relation between 'individual/social coexistence milieu /Health Service' not only enables our understanding to be enriched with other variables, but also gives a new organization to the meaning of the clinical phenomena observed. It is seen in fact that events are also influenced by the position adopted by the Service which provokes Sergio's aggressive reaction (initially interpreted by the staff, following the models oriented to the individual, as an element of the patient's pathology). The escalation leads to hospital admission which, in such a relational dynamics, becomes the only chance of controlling his aggressiveness.

Seeking compliance on the medication and the treatment in this context means seeking control and Sergio's passive acceptance. The operation requested of the Service, and enacted by it, is to promote the restoration of the previous collusive system based on the symbiotic relationship between mother and son, which was altered by the marriage plans. As often happens, instead of promoting development, the Service adopts the role of 'guarantor', conserving the situation. Proof of this is the clinical conversation that took place after the admission to hospital, in which Sergio returns to the part of the passive patient delegating the task of talking to the therapist to his mother.

The relations described are also influenced by the organizational dynamics of the Service, namely the operative symbolizations used by the staff to share goals, aims, resources, roles and functions (Carli & Paniccia, 1981)³. On this point, think of the waste of resources produced by such an intervention (various home visits, the presence of the police, days of hospital stay) which might have been avoided if the context of analysis had excluded the role played by the Service in the emotional and operative symbolizations connoting the interactions between the subjects involved.

5) If the contextual space is further extended, it can be seen that also the previous C.S.M. and the hospital division where Sergio was admitted are subjects that play an important role in forming the collusive fantasies organizing the relational dynamics. The previous Service gave a somewhat questionable diagnosis of schizophrenia and treated the patient with a pharmacological therapy and conversations with a psychologist. The treatment seems to fall into the standard repertoires in which the therapeutic relationship has become chronic. The patient's refusal to continue the treatment is not analyzed even as the expression of his desire to have his own identity, not confined to being considered sick and 'dependent' on the Service. No chance is given to understand and elaborate Sergio's emotional contradictions regarding this issue; as a result, he experiences rebellion as the only way to act out his desire for a space of his own.

The previous Service, prompted by the new critical situation, intervened by stressing the need for Sergio to return to the treatment; they are unaware of the patient's emotional experiences concerning the therapeutic relationship, felt to be affiliative, like the relationship with his mother. The implicit fantasy organizing the therapeutic relationship is that, since he is affected by a deficit, he must always stay in the protective sphere of a Service; the original C.S.M., too, seems to play the role of a guarantor of immobility.

At the time when the mother contacts to the current Service, it is important to keep in mind the collusive dynamics already structured between the patient, the mother and the prior Service. On the other hand, the original C.S.M., like the mother, exerts pressure on the new Service for a prompt intervention designed to ensure that Sergio takes his medication. The new Service responds not only to the mother, but also to the referring C.S.M. which has placed it in a state of alarm. The mother's demand is not just the sign of an inner representation of the mother herself, but is also the expression of organized collusive fantasies in the relationship with the prior Service. Lastly, without questioning the role played by its own operation, the hospital division ensures control through the forced admission, thus entering the chain of reciprocal controls organizing the relational system.

6) The affective symbolizations and collusive fantasies that can be inferred from the clinical events reported are enriched and altered according to the contextual space taken into consideration. The latter can be extended further. For instance, the reference cultures of the client and the Service can be included; these orient the organization of the therapeutic relationship. The modality of clinical intervention resulting from the choices made in the three category Axes correspond to different collusive fantasies which are structured in shared cultural repertoires. The demand presented by Sergio's mother offers affective symbolizations and expectations towards the Service, made legitimate by specific cultures. The models of therapeutic relationship are in turn related to other elements and cultural aspects of social coexistence, in a system of concentric circles that can be extended to many levels.

³ The Authors define the organization as a social relationship which is founded on sharing a transformative action directed toward a goal; it entails functions and roles which are appropriate for the goal achievement. Conversely, the institutional dimension refers to the affective unconscious symbolizations which originate from the relationships of reciprocity within the organizations.

So far the issues triggered by the different options possible in the clinical intervention have been shown. It is legitimate to state that the greater the complexity of the context considered, the more potentially thorough the understanding. In the clinical episode examined it has been shown that the variation of the subjects included in the context can significantly change the way events are interpreted. However, if the context of intervention becomes too broad, there is the risk of encountering operative difficulties. It is obvious that when faced with a demand made by a subject, it would be impossible to have the inclusive operation of the whole national community, which however can be the focus of other initiatives.

In a mental health service the question asked is which contextual segment is potentially more appropriate for the analysis and intervention in mental illnesses. In response to this problem it is proposed that the object and the contextual space chosen for analysis and intervention should be constituted by the emotional symbolizations present in the triadic relationship of 'individual/social coexistence milieu/Service'. The first two elements indicate that the subject is an inextricable part of a relational domain in which the problems expressed are determined. 'Service' refers to the organization to which the clinical demand is addressed, in this specific case the Mental Health Center considered in its organizational and institutional aspects as defined by Carli and Paniccia (1981).

Every analysis that does not include in its contextual space at least these three elements risks being reductive since it would be ignoring important data for the construction of the meaning of the events. Nevertheless, most of the therapeutic interventions in the mental health services circumscribe the contextual space to intrapsychic relations and to the family, excluding the Service. The clinical case of Sergio revealed the limitations of the interventions inspired by these approaches. The context of intervention, within sustainable operative possibilities, could be larger than the basic triad (in the clinical episode examined the previous C.S.M and the hospital division are important).

Patient/social coexistence milieu /Service: the steps in establishing the relationship

When the subject decides to contact the C.S.M. some emotional steps have already taken place. The Service, in turn, bounces the demand back with the relationship it offers. This interaction determines the collusive fantasies that will organize the threefold relationship of patient/social coexistence milieu/Service. The importance assumed by the modalities in which the therapeutic relationship is established has been demonstrated by Carli & Paniccia (2003). Let us now examine in sequence the significant aspects of this step, using the clinical episode described.

1) In the specific social coexistence milieu, there is an equilibrium which, being subject to conflicting forces and to changing events, is unstable. The reciprocal relational patterns exist in a state of dynamic tension. The relational system between Sergio, his partner and his mother seemed to be based on the fact that the relation between Sergio and his partner did not alter the relationship between Sergio and his mother; there was a tension that did not, however, threaten the equilibrium.

2) A crisis occurs caused by events that challenge the collusive fantasies present in the relational domain. Sergio's marriage plans and the fact of living together in Sergio's house threatens the nature of the relationship between Sergio and his mother; an intense conflict is created between the three protagonists of the context: the mother wants to continue to look after the garden at the house where his son and daughter in law will be living, the latter does not agree, and Sergio does not know how to behave.

3) The subjects involved find it hard to accept change and to reorganize themselves; this drives them to seek solutions that maintain the pre-crisis situation unchanged, in other words what is sought is an accommodation in the Piagetian sense (Piaget, 1937/1968). Sergio leaves his partner so that the symbiotic relationship with his mother will be safeguarded.

4) The attempt to return to the previous collusive arrangement is not totally successful. This failure triggers the demand that often takes the form of a collusive proposal designed to entrust the Service with the task of restoring the previous relational situation, in which the protagonists of the context have failed.

Sergio adopts strange behavior that expresses his emotional confusion deriving from the weakness of his psychic confines. He returns to the identity of the sick man which legitimates the symbiotic relationship with his mother; through his 'madness', however, he expresses the need to escape from his mother's total control. Albeit restored, the relationship between Sergio and his mother does not lose its conflicting aspect since Sergio's aspirations to have his own individuality have been sacrificed. The collusive proposal contained in Sergio's mother's demand to the new C.S.M. is marked by the fantasy that the Service, through a presumed medical power to convince and through the pharmacological therapy, can subdue Sergio's wildness which represents the last defense against the annulment of himself.

5) The meeting of the demand and the Service will determine the reciprocal affective symbolizations that organize the relationship between patient/social coexistence milieu/Service.

It has already been pointed out that the C.S.M. colludes with the mother's fantasies aimed to restore control over the symbiotic relationship with Sergio. These fantasies, moreover, had already found the complicity of the previous Service so that a system of patient/social coexistence milieu/Service had been structured and the new Mental Health Center was asked to accept it. After his admission to hospital, Sergio comes back to the C.S.M. sedated, the symbiotic mother/son relationship has been restored and there is no tension. The patient does everything his mother and the Service expect of him. It can be supposed that the patient/mother/Service relationship is structured through the fantasy, shared by all the subjects involved, to oppose the impulses towards individualization which threaten the existing collusive equilibrium. In this initial phase, as has already been mentioned, the Service, turning a blind eye to the problematic aspects and the tensions present, becomes the guarantor of the restoration of the previous collusive system, something which mother and son failed to do. However, the concealed problems are very likely to reappear, again triggering the same pattern and ending up making these affective symbolizations become chronic in the relationship between the patient/social coexistence milieu/Service.

Recurrences and criteria of categorization

Currently the main systems of categorizing the demand classify the recurrent way the subject represents interpersonal relations (symptoms and personality traits) in his intra-psychic world.

The classification based on the D.S.M (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is the most widespread in the Services today. The intra-psychic relations (i.e. the feeling of being persecuted) are the object of the categorization and they are described as symptoms of a pathology (i.e. delirium). Such a model reinterprets the experience which the symptom relates to depriving it of its relational-affective meaning/sense.

presence in the D.S.M. of multifactorial axes presupposes the confused, epistemologically hybrid attempt to expand the contextual space from de-symbolized relations (clinical symptoms) to symbolized relations (personality traits) until the interpersonal domain is included. This extension, however, only takes place to enable a greater understanding of the individual.

In the psychoanalytic model the personality traits are grouped on the basis of dynamic and developmental vicissitudes. Authors like Kenberg (1984/1987) carry out the structural diagnosis of the personality, others such as Gabbard (1990/1992) review the D.S.M. categories in a dynamic sense. The contextual space subjected to psychoanalytical categorization is always made up of intra-psychic relations although on different planes compared to the nosographic model. In the historical development of the psychoanalytic movement there has been great interest in intersubjective relations but, as stated by Modell (1984/1992), bi-personal psychology always ends up being reinterpreted in a unipersonal key.

The therapeutic models just mentioned, like other models, have been extensively analyzed in the literature and to examine them in depth here would be outside the scope of this article.

At this juncture, it is interesting to verify whether the way of interpreting and organizing the client's demand adopted in this article enables us to identify recurrences that can be included in alternative systems of classification.

It should be pointed out that in identifying potential invariances, every model runs the risk of absolutizing clinical phenomena in a process of decontextualized abstraction. The problem can be overcome if the phenomena are represented in a dialectic process between variant and invariant elements where the latter are part of a changing context and could therefore become variant.

Let's recall the assumptions that, in the categorical criteria put forward in the first part of this article, will be the basis for the hypothesis of a different system of classification:

A) The minimal contextual space to be analyzed is made up of the relational triad of patient/social coexistence milieu/Service.

B) The clinical phenomenon is represented as a problem of social coexistence already present in the patient's social coexistence milieu and later in the relationship with the Service.

C) The goals are processual, aiming to develop useful resources and competences for dealing with critical situations.

It has been said that the contextual field of individual/social coexistence milieu/Service constitutes the object of analysis and of intervention; as a result the system of categorization of the demand will hinge on this triad. Furthermore, unlike systems based on the invariant traits of the individual, the focus will be on the collusive dynamics present in the current context. Whether the demand comes from a single individual or several, whether it concerns themselves or other subjects, it is assumed that the critical situation involves all those who are part of the specific social coexistence milieu.

The first big difference compared to traditional systems of categorization is that the basic element around which the system of classification is constructed does not come from the subject's inner world but from the critical interpersonal context suggested in the demand. It is then possible to hypothesize recurrent types of problem areas in social coexistence and to identify specific, appropriate strategies of therapeutic intervention. These critical relational situations can be correlated to the cultures of the local community and to those of the broader community, opening new spaces for in-depth examination, research and intervention on systems of social coexistence.

Another significant difference is the importance assigned to the moment when the demand encounters the Service, which involves the inclusion, in the category system, of potential recurrent forms of organizing the triadic relationship of individual/social coexistence milieu /Service.

In traditional classification systems the extraction of the individual's psychic traits and their classification involves the risk of an abstract operation split from the problems emerging in the various settings of social coexistence (P.D.M. Task Force, 2006); in contrast the mode of classification envisaged here reflects the emotional life observed in a holistic perspective through the problems generated by social coexistence.

Hypothesis of a system of categorization of the demand in the Mental Health Center

Below several hypotheses are outlined for the construction of a system of classifying the demand, formulated on the basis of the analysis of a broad sample of demands from a Mental Health Center. These hypotheses, for reasons of space, do not provide a complete system but a schematic outline intended to show the potentialities of new clinical-operative and organizational paths.

The proposed model of categorization of the demand is marked by four areas:

a) Milieus of social coexistence that produce the critical situations leading to the demand.

b) Events that determine critical situations in specific milieus of social coexistence.

c) Collusive fantasies proposed in the demand.

d) Collusive dynamics in the individual/social coexistence milieu/ Service organizing the clinical intervention.

a) Milieus of social coexistence

This area differentiates the types of milieus and situations of social coexistence in which there is a collusive failure that generates a crisis amongst the protagonists.

Insofar as it is assumed that the analysis of the relational dynamics in the social coexistence milieu is decisive for an understanding of the clinical phenomena, this categorical axis, like the one that follows it related to events determining critical situations, assumes the utmost importance in the system of classification being hypothesized. The categories described in the following points are meaningful only if seen in this perspective.

It is possible to identify some general classes and within each, specific situations and events.

General classes:

- Family
- Work organizations
- Social environments
- Institutional environments

A subdivision can be made into further sub-classes. For instance, family can be subdivided into parent/child relations, relations in the couple and so forth.

A clinical situation can involve several milieus of social coexistence.

Mental illness usually generates crises simultaneously in all the milieus mentioned.

b) Events generating critical conditions in social coexistence

This category describes events generating changes that can lead to a crisis in the relations in one specific social coexistence milieu.

- Family

Breaking out of the parent/child relationship, collapse of a sentimental relationship, illness, death etc.

- Work organizations

Organizational changes that create conflict; mobbing; onset of problems in the hierarchy and so on.

- Social environments

Changes that produce crises in social integration such as the loss of socioeconomic status, loss or instability of employment; crisis in the local community originating in the presence of a mentally ill person; events that lead to loneliness, etc.

- Institutional environments

Some demands are the result of events in which the critical situation involves institutional milieus such as judicial bodies (forces of law and order, magistrates etc.), health care organizations etc.

c) Collusive fantasies present in the demand

In this area there is the categorization of the affective symbolizations with which the subjects involved in the specific social coexistence milieu represent the relationship with the Service before contact is made.

163

These reflect the drive to restore the relational situation prior to the crisis, but at the same time they also reflect the need for a change deriving from the instinctive feeling that returning to pre-existing situations is not possible or would have a deleterious effect on one's realization.

Sergio giving up his sentimental relationship does not lead to a calm symbiotic relationship with his mother; his state of agitation and his strange behavior are evidence of the failure of the return to the past.

Carli & Paniccia (2003) put forward the construct of 'neo-emotions' to indicate emotional processes intended to deny the extraneous other. See the Authors' work for the psychodynamic description of the various neo-emotions and their relation to the collusive fantasies proposed in the demand.

To the present writer, Carli & Paniccia's analysis seems to be an efficacious reflection of the phenomenological dynamics of the demand in the mental health service and to be a good starting point salute for a categorical system of collusive demands. On the other hand, it should be remembered that if neo-emotional fantasies were analyzed by taking them out of the context where they originate, there would be the risk, already encountered in traditional models, of a decontextualized, hypostatizing categorization. The collusive dynamics proposed in the demand to the Service are directly correlated to the type of collusive failure that has taken place in the relational contexts described in points *a* and *b*. It is obvious that control fantasies originating in situations of liberation from the parent/child relationship do not have the same meaning if they are present in the relationship of a couple or in a work organization. Accordingly, it can be stated that a classification of recurrences cannot be constructed in terms of only one of the four categories examined; it becomes necessary to identify the pattern linking the different dimensions in a relationship of cause and effect.

In the clinical case described, the collusive proposal (axis *c*) by the mother and the referring C.S.M. underlies the expectation of controlling the relationship with Sergio. The sense it takes on can be understood only if seen in connection with the critical situation arising in the social coexistence milieu (axis *a*) as a result of Sergio and his partner's marriage plan (axis *b*).

It is essential to point out that in the perspective outlined here, the collusive fantasies proposed are not categorized as belonging to the single individual (eg. the mother who expresses the demand in the clinical episode described) but to the whole set of subjects participating in the context. They can be represented for instance in terms of control and affiliation fantasies in contrast to fantasies expressing desires of individuation, all simultaneously present among the protagonists of the relational setting.

d) Collusive dynamics organizing the clinical intervention

This category indicates the possibility of identifying recurrences in the collusive dynamics of the relationship of individual/social coexistence milieu/Service. While in categories *a*, *b* and *c* it is the first two elements of the triad that are involved, in this one it is the Service that takes a central role, being in turn the organizer of the relations.

A distinction is suggested between two typologies:

- The three-part system is structured through the re-presentation and conformation of the collusive fantasies present in the demand. This can occur in three ways:

- Isomorphic
- Complementary
- Symmetrical conflictual

- The system is structured favoring processes of understanding and integration of the affective symbolizations present in the triad. Two modes are identified:

- Analysis of the symbolization processes
- Relational situations that interrupt the collusive dynamics acted out in a repetitive, predictable way

Isomorphic situation

The threefold relational context is organized by replicating the collusive proposal.

This configuration, amongst the most widespread, of the triad of individual/social coexistence milieu/Service generates major critical situations in the therapeutic intervention with mental illnesses.

In conformity with a model of intervention centered on the transformation of the problem into a “healthcare” issue (pathology/treatment), the home visit arranged at Sergio’s house to administer the medication is an acting-out that accepts the request made by the mother and the referring C.S.M. The Service acts out its curative phallic power isomorphically replicating the control fantasy of the mother and the referring C.S.M. where they had failed. In this way a relational system organized on reciprocal control is reinforced and stabilized.

Complementary situation

The collusive dynamics in the relational system are structured by taking on different, complementary roles and functions..

This category, for instance, covers interventions that, by adopting the healthcare paradigm, reflect a complementary situation where patients’ affiliative requests are the specular image of the caring role played by the services.

After admission to the S.P.D.C., since Mario doesn’t know where to sleep, he comes to the C.S.M. and passively waits for the staff member who takes many hours to solve the problem. The patient goes to the accommodation but later that night leaves it.

The relational system is automatically organized on the patient’s passivity, legitimated by his presumed incompetence and the complementary presumed competence of the Service.

Symmetrical situation

The Service opposes the collusive proposal and the relations amongst the three subjects are organized around expectations and contrasts reflecting the conflicts that gave rise to the crisis in the social coexistence milieu.

There are different situations where expectations and counter-expectations are acted out in the therapeutic relationship; think for instance of the contrasts over setting and therapeutic continuity.

Elena, a long-term drug addict just out of prison, arrives with aggressive threats demanding to be taken into treatment by the C.S.M, denying her substance addiction (there is a specific Service for drug addiction). A stand-off ensues between the patient and the Service; the latter swings between accepting the treatment, due to fear, complementary to the patient’s request, and the symmetrical refusal to take her into treatment.

Insofar as the relationship with the Service is not thought out, it reproduces the conflicting dynamics between Elena and her milieu of social coexistence.

Situation oriented to understanding symbolization processes

The triad of individual/social coexistence milieu/Service is organized around the aim of understanding and integrating the emotional symbolizations present.

After the hospital admission, when Sergio and his mother reappear at the Service, the work undertaken with both of them was designed to construct a sense of the events that had occurred. The analysis also included the part played by the Service and by other health institutions. This intervention, enhancing the competences of the two in managing their reciprocal problems, triggered transformation processes from the earliest stages of the intervention. During the clinical work Sergio and partner began their sentimental relationship again, along with new plans to live together and the desire to have a baby. The mother, remaining alone after the death of her husband a few years earlier, established new relationships. After a relatively brief intervention (a few months) it was agreed to conclude the therapeutic relationship (including the pharmacological treatment) leaving open the possibility for the two to contact the Service in case of any new critical situations.

Situation oriented to relational configurations that break the repetitive collusive dynamics

In some clinical situations, especially in the treatment of mental illnesses, symbolic analysis is not very feasible because of an intense, anguished emotionality. In such cases proposing relational situations that break the automatic collusive dynamics opens up the possibility of new developments.

Clinical conversations carried out with the presence of Sergio and his mother constitute a relational situation that disconfirms the fantasy that the problem belongs to Sergio and prompts new reciprocal symbolizations.

Let's think back to the episode of Mario mentioned a little earlier as an example of a complementary situation. What would have happened if the totally delegated power to solve the accommodation problem had been partially rejected by the Service? If, say, the patient had been involved, and asked to offer his own suggestions to solve the problem?

This method of intervention, of great potential with mental illnesses, can be undertaken only if the triad of individual/social coexistence milieu/Service is adopted as the object of analysis and intervention.

Each of the categories just described can refer to prevailing cultural repertoires. They represent the outcome of the collusive dynamics that allow social sharing; these repertoires make up the 'common feeling' that tends to become a source of prescription of emotions in the community (Carli & Panizza, 2013).

It should be pointed out that even though cultural repertoires are the expression of collusive fantasies, they must be distinguished from the specific collusive fantasies that are triggered in milieus of social coexistence and in the therapeutic relationship. They represent a social validation, a reference point and an orientation for the specific collusive fantasies enacted. Think again of the control fantasy that seeks to restore a symbiotic relationship with her son, present in the demand made by Sergio's mother: it is validated in the common feeling that legitimizes maternal concern and protectiveness and in the cultural repertoire of health which sees Sergio as a sick person to be medicated, a repertoire that at first is shared by the Service.

Lastly, it should be remembered yet again that in the system proposed here the clinical phenomenon gains sense only if it is anchored to all four categories considered in relation to each other. The collusive fantasies proposed in the demand (axis *c*) and the collusive dynamics marking the relationship between patient/social coexistence milieu /Service (axis *d*) can be understood only if seen in relation to the specific emotional dynamics present in the milieus of social coexistence at stake (axis *a*) and to the events associated with them (axis *b*).

Potential areas of development and reorganization of the Mental Health Center

In conclusion, we outline potential prospects for development deriving from the adoption of the 'individual/social coexistence milieu/Service' and from the decision to pursue goals of development and integration that are not pre-established.

- It has already been pointed out that models centered on intra-psychic relations and on corrective goals often lead the patient/milieu of social coexistence/Service relationship to be structured in such a way as to confirm and reproduce the collusive fantasies present in the demand. Such an organization gives rise to various problems. Insofar as the Service avoids questioning its own role, it ends up serving a function of 'guaranteeing' the restoration of the relational situation that previously failed, smothering the requests for change and development present in the demand. This phenomenology is found in various clinical situations, but assumes great relevance in the intervention with mental illness. It underlies the very frequent processes of the therapeutic relationship becoming chronic that lead to the perennial affiliation to the Service; an affiliation that confirms and fosters in the patient an image of a defective Self. The process of turning chronic, on the other hand, marked by a relational dynamics that finds its meaning in immobility, leads to unproductive work which creates experiences of saturation and burn-out in the staff of the services. Furthermore, in communities that have to cope with increasingly limited resources all this makes for a great waste of energy.

The critical elements just described are all present in the clinical episode reported. In addition there is Sergio's violent behavior triggered by an intervention of the Service that is isomorphic to his mother's fantasies. The Service provokes the violent response that is then attributed either to an intra-psychic genesis or to the pathology. Sergio's case is an example of how violence is not infrequently produced in connection with specific fantasies that see the Service as an active protagonist. For this reason the understanding of the part played by the latter can be a successful method in the prevention of violence.

- The services are often structured as unintegrated sets of clinical practices, reflecting the different therapeutic orientations. The Mental Health Center is characterized by a collection of self-referential techniques that indicate the lack of an overall project and of an coherent identity. The inclusion of the Service's organizational and institutional elements in the planning of a clinical intervention, along with the rigorous definition of the object of analysis and intervention proposed in this article enables the regaining of an identity linked to sustainable projects and goals in view of the resources available.

In another article the present writer described the possibility of radically rethinking the intervention in the C.S.M. starting from the organizational fact of the scarcity of resources (Vari, 2011). That article puts forward a strategic clinical orientation for the Service, called 'brief psychological intervention', the purpose of which is to pursue goals compatible with the resources available. This intervention cannot be likened to the main techniques of brief psychotherapies believed to be inappropriate to the institutional context, due to the paradigms used. In contrast, the brief psychological intervention is made possible by the adoption of the paradigms illustrated in this article. The methodological importance attributed to the analysis of problems generated inside the triad described, enables the intervention to be confined to the current critical moment and anchors it to the goal of favoring the development of resources useful in coping with the present critical situation. The conclusion of the intervention, from this point of view, is freed from the achievement of predetermined goals typical of the therapeutic methodologies referring to healthcare models.

The strategic approach to the brief intervention becomes even more important in clinical work with mental disorders, frequently featuring the process of becoming chronic and a large outlay of resources. Instead of pursuing the treatment, in such cases the goal is the integration of mental illness in the community. Phases when the illness becomes more acute are often a sign of difficulties present in the process of integration in the milieu of social coexistence. The Service can help to bring out competences that foster a new reorganization and that promote integration processes, thus avoiding the affiliation of the patient.

- The system of categorization proposed reveals the critical relational situations inherent to specific areas of social coexistence. It enables recurrent critical events in social systems to be revealed. The models of traditional nosographic or even psychodynamic classification, which describe symptoms or personality traits, trigger the opposite process. They make intra-psychic characteristics absolute, abstracting them from the social situations in which they have a meaning. In contrast, the categorization based on contexts gives a global 'snapshot' and grasps the nature of the problem in a direct, vital way.

Think of the difference between drawing up a medical record based on traditional systems listing symptoms and personality traits that seem to assume a self-referential sense, and a record drawn up following the scheme suggested in this work where each part is meaningful only if it is seen in relation to the others.

- Mental Health Centers could base their organization on the critical issues of social coexistence rather than on pathologies. Specific work on the demand, cultures of social coexistence and social current affairs are closely connected domains. Analyzing the demand means relating to recurrent critical social events and situations, some of which indicate new social emergencies. Each of these contests is structured through specific collusive fantasies that the Service could examine in depth by setting up dedicated staff groups. In such an organization the problem expressed by the demand and the corresponding social issue would become a field of joint interdisciplinary research and intervention. If the ideological connotations are removed, the CSM's concept of 'territoriality' would regain its significance.

Think of the multitude of publications or conferences dealing with decontextualized topics, single pathologies or single personality traits such as narcissism. It would be far more interesting to place in the

center of the discussion the difficult contexts of social coexistence, within which aspects linked to narcissism find a new meaning if correlated to other variables..

- The importance placed on critical situations of social coexistence brings out contexts like work, institutional and social organizations often concealed by the exclusive interest in family dynamics. The staff are trained using theoretical-clinical models of interpreting the emotions in the family context; other contexts, in the rare cases where they are considered, are often interpreted through the emotional dynamics generated within the family. In contrast, the model of analysis of the individual/milieu/Service triad contemplates affective and operative symbolizations that are more complex than those created within the family.

In conclusion, the rethinking and reorganization of the Mental Health Center as suggested in this paper may enable the elaboration of numerous problems currently present and open the way to innovative research, stimulating 'unforeseeable' developments.

References

- Asbhy, W.R (1971). *Introduzione alla cibernetica* [An Introduction to Cybernetics] (M. Nasti, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1958).
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente* [Steps to an Ecology of Mind] (G. Longo & G. Tratteur, Trans.). Milano: Adelphi (Original work published 1972).
- Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecologia e sviluppo umano* [The Ecology of Human Development] (L. Hvastja Stefani, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1979).
- Buckley, W. (1976). *Sociologia e teoria dei sistemi*. [Sociology and Modern System Theory] (M.L. Bianco, Trans.). Torino: Rosenberg & Sellier (Original work published 1964).
- Carli, R. (1990). Il processo di collusione nella teoria delle rappresentazioni sociali [The collusion process in the social representations theory]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 4, 282-296.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of the demand: Theory e technique of the clinical psychologist's intervention]. Bologna: il Mulino.
- Carli, R., Paniccia, R.M. (2013). La funzione del senso comune nell'intervento psicologico clinico. Note sul lavoro di Sergio Salvatore: "Questioni intorno allo sviluppo della professione psicologica" [The function of commonsense in the clinical psychologist's intervention. Note on the Sergio Salvatore's work: "Issues on the development of psychological profession"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 36-50. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of the organizations and institutions]. Bologna: il Mulino.
- Gabbard, G.O. (1992). *Psichiatria Psicodinamica* [Psychodynamic Psychiatry] (A. Gabrielli & S. Galati, Trans.). Milano: Raffaello Cortina (Original work published 1990).
- Glassefielf, von E. (1981). Il complesso di semplicità [The complex of simplicity]. In G. Bocchi & M. Ceruti (Eds.). (1985). *La sfida della complessità* [The challenge of complexity] (pp. 79-87). Milano: Feltrinelli.
- Grasso, M., & Salvatore, S. (1997). *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia* [Thought and decision-making. Contribution to the critique of individualist perspective in psychology]. Milano: FranoAngeli.

- Gray, W., Duhl, F.J., & Rizzo, N.D. (Eds). (1978). *Teoria generale dei sistemi e psichiatria* [General Systems Theory and Psychiatry] (L. Sosio, Trans.). Milano: Feltrinelli (Original work published 1969).
- Kenberg, O. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. [Sever Personality Disorders] (S. Stefani, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1984).
- Lewin, K. (1972). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale* [Field Theory in Social Science] (M. Baccianini, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1951).
- Ludovico, A. (2001). *Effetto Heisenberg. La rivoluzione scientifica che ha cambiato la storia* [Heisenberg's effect. The scientific revolution that has changed the history]. Roma: Armando.
- Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente* [Autopoiesis and Cognition The Realization of the Living] (A. Stragapede, Trans.). Venezia: Marsilio (Original work published 1980).
- Modell, H.M. (1992). *Psicoanalisi in un nuovo contesto* [Psychoanalysis in a New Context] (F. Ortu, Trans.). Milano: Raffaello (Original work published 1984).
- Moscovici, S., & Farr, R M. (Eds.). (1989). *Le rappresentazioni sociali* [Social Representations] (S. Moscovici, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1984).
- Piaget, J. (1968). *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo* [the birth of intelligence in the child] (A. Mennillo, Trans.). Firenze: Giunti Barbera (Original work published 1937).
- PDM, Task Force (2008). *Manuale psicodiagnostico psicodinamico* [Psychodynamic Diagnostic Manual] (F. Gazzillo, R. Pacifico & A. Tagini, Trans.). Milano: Raffaello Cortina (Original work published 2006).
- Vari, R. (2011) Intervento psicologico breve e nuove domande nel centro di salute mentale [Short term psychological intervention and new demands in the Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 102-120. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Vinegar, L.T., & Valsiner, J. (1992). *Children's Development within Social context*. Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum.

Centro di Salute Mentale: La relazione ‘individuo/ambiente di convivenza/Servizio’ nell’intervento clinico per le malattie mentali

Roberto Vari*

Abstract

I modelli d’intervento clinico sono rappresentati tramite tre assi categoriali. Attraverso l’analisi di un episodio clinico sono evidenziati differenti percorsi dell’intervento terapeutico in un servizio di salute mentale con l’obiettivo di segnalare problemi, limiti e potenzialità di ognuno di essi. Le dinamiche relazionali presenti nella triade ‘individuo/ambiente di convivenza/Servizio’ sono proposte quale oggetto di competenza dell’intervento clinico sui problemi relativi alla malattia mentale. La rilevazione delle configurazioni assunte dalle simbolizzazioni affettive entro la suddetta cornice triadica permette l’individuazione di potenziali contesti critici ricorrenti. Viene esplorata la costruzione di un sistema di categorizzazione dei fenomeni clinici espressi nella domanda, alternativo rispetto ai principali sistemi di classificazione imperniati su sintomi e tratti di personalità. Si delineano, infine, potenziali linee di sviluppo e riorganizzazione del Centro di Salute Mentale.

Parole chiave: malattia mentale, Centro di Salute Mentale, ambiente di convivenza, intervento psicologico breve, sistemi di categorizzazione.

* Psicologo clinico, già responsabile Unità Operativa Semplice ‘Accoglienza e Interventi Brevi’ C.S.M Terzo Distretto A.S.L. Roma D mail: roberto.vari9@gmail.com

Introduzione

Gli sviluppi epistemologici del ventesimo secolo hanno posto maggiore attenzione alla relazione individuo/contesto piuttosto che alle proprietà interne dell'uno o dell'altro.

Diversi lavori hanno contribuito a questa evoluzione: la teoria dei sistemi (Buckley, 1964/1976; Gray, Duhl, & Rizzo, 1969/1978); i principi di causalità circolare (Asbhy, 1958/1971) ripresi da Bateson (1972/1976); il modello ecologico di Bronfenbrenner (1979/2002); il cosiddetto 'contestualismo' (Vinegar & Valsiner, 1992); i paradigmi costruttivisti e la teoria dei sistemi della seconda cibernetica (Glaserfeld, 1981; Maturana & Varela, 1980/1985).

In tutti questi contributi il rapporto tra individuo e contesto viene rappresentato come reciproco, interattivo e caratterizzato da modelli di causalità circolare. L'osservatore non può essere neutrale, ma influenza il sistema sulla base del principio d'indeterminazione di Heisenberg (Ludovico, 2001). Nel campo della psicologia sociale Moscovici (1984/1989) indaga le rappresentazioni sociali. Queste delimitano l'area della condivisione interpersonale entro uno spazio che non concerne l'individuo o il contesto ma attiene alla relazione. Carli (1990) formula il costrutto della 'collusione' definita come processo psichico che, tramite le simbolizzazioni affettive, presiede alle relazioni di reciprocità e alla formazione delle rappresentazioni sociali condivise. Grasso e Salvatore (1997) mostrano come il costrutto della collusione, in quanto rappresenta il processo di condivisione inconscia delle simbolizzazioni affettive nella relazione sociale, offre un modello di interfaccia tra cognizione e rappresentazione sociale consentendo di superare le tendenze individualiste o contestualiste talvolta implicitamente ancora presenti nelle formulazioni degli autori poc'anzi citati.

Nei servizi di salute mentale, tuttavia, è interessante rilevare la scarsa corrispondenza tra evoluzione epistemologica e prassi clinica. Gli interventi terapeutici sono prevalentemente orientati all'individuo e il linguaggio clinico tradisce l'adozione di paradigmi deterministici e di modelli ispirati ai principi di causalità lineare.

In questo lavoro le culture e i modelli dell'intervento clinico che tratta le malattie mentali nel Centro di Salute Mentale⁴ (C.S.M.) saranno rappresentati attraverso tre assi categoriali che costituiranno punto di riferimento delle successive analisi. Si cercherà di evidenziare la stretta relazione tra scelte operate entro le opzioni presenti in ognuno di tali assi categoriali, prassi cliniche e culture dell'intervento. S'intende mostrare come il superamento dei modelli individualistici e il rilievo assegnato all'ambiente di convivenza e alle componenti organizzative e istituzionali del Servizio conduca ad un approccio diverso che implementa efficacia ed efficienza nell'intervento per le malattie mentali, consentendo nuove prospettive di categorizzazione delle ricorrenze presenti nella domanda e interessanti sviluppi organizzativi nei centri di salute mentale.

A) Spazio contestuale.

Questo è inteso, con riferimento al costrutto di 'campo' formulato da Lewin (1951/1972), come totalità degli elementi coesistenti in interazione tra loro. In accordo al modello ecologico postulato da Bronfenbrenner (1979/2002), lo spazio contestuale è concepito come sistema a cerchi concentrici che includono progressivamente l'insieme delle relazioni: da quelle intrapsichiche a quelle interpersonali, dalle relazioni presenti nelle organizzazioni a quelle esistenti entro comunità di vario genere. Inoltre si condivide la formulazione di Carli (1990) che definisce il contesto in termini di spazio relazionale costruito tramite il processo collusivo, ovverosia tramite le simbolizzazioni affettive reciproche di coloro che vi partecipano.

⁴ Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.) è il presidio territoriale che elabora e mette in opera l'intervento clinico. Esso è un presidio del Dipartimento di Salute Mentale di cui fanno parte anche il reparto psichiatrico ospedaliero, i centri diurni, le case famiglia, le comunità residenziali.

Il problema clinico si pone nell'individuazione degli elementi significativi che andranno a delimitare lo specifico spazio contestuale oggetto d'analisi e intervento. Tale selezione segna differenze rilevanti nelle culture dell'intervento terapeutico dei C.S.M.

B) Criteri di rappresentazione del fenomeno clinico.

Le infinite possibilità di rappresentazione del fenomeno clinico possono essere racchiuse in due polarità:

- Il fenomeno clinico è raffigurato quale espressione dello scarto esistente rispetto a un presunto stato ideale (Carli & Paniccia, 2003). Tale rappresentazione avviene tramite l'adozione di diverse tipologie di antinomie: funzionale/disfunzionale, sanità/patologia, maturità/imaturità, crescita/regressione e così via.
- Il fenomeno clinico è rappresentato quale espressione di criticità relazionali presenti nel sistema di convivenza implicato. Tali criticità sono considerate manifestazioni di problemi emozionali presenti nella domanda piuttosto che deviazioni da uno stato ideale.

C) Obiettivi.

I diversi obiettivi dell'intervento sono accorpati entro due categorie:

- Obiettivi prescrittivi/correttivi consequenziali alla rappresentazione del fenomeno clinico quale scarto dal modello ideale.
- Obiettivi processuali che perseguono lo sviluppo di competenze, non predefinite e non prevedibili, inerenti ai problemi di convivenza.

Una situazione clinica complessa: aspetti della categorizzazione dell'intervento clinico

Si riporta un episodio clinico rappresentativo di alcuni passaggi critici che occorrono in un Servizio che tratta la malattia mentale.

Sergio, quarantatré anni, è in trattamento da sette anni presso un C.S.M. che gli attribuisce una diagnosi di sindrome schizofrenica con lunghi periodi di buon compenso, durante i quali egli svolge la sua attività lavorativa (impiegato in un ministero). Nel corso del trattamento assume una terapia farmacologica e, per un periodo, effettua colloqui con una psicologa. Sergio ha una relazione affettiva, convive con una donna con la quale comincia a progettare il matrimonio e al contempo, asserendo di stare bene, decide di rifiutare la terapia farmacologica e recide i contatti col C.S.M.

Dopo qualche tempo interrompe la relazione sentimentale. Cedendo alle pressioni della madre, allarmata perché il figlio ha interrotto il rapporto con la sua compagna e perché sembra dare segni di scompenso, Sergio ritorna al C.S.M. ma rifiuta i farmaci. Nei giorni successivi tramite un intervento attivato da una chiamata del servizio 118 psichiatrico (Servizio d'emergenza) è tuttavia somministrata una terapia depot; il paziente, avendo nel frattempo cambiato residenza, è inviato dal precedente Servizio all'attuale C.S.M. di competenza territoriale. L'invio è accompagnato da una breve relazione nella quale si sollecita il controllo della terapia farmacologica. La madre prende contatto col nuovo Servizio e preme per un intervento urgente, temendo che il figlio possa interrompere nuovamente la terapia farmacologica. Viene ascoltata in un colloquio di accoglienza e due giorni dopo è organizzata una visita domiciliare effettuata da uno psichiatra e due infermieri per somministrare la terapia farmacologica. Sergio, nel corso della visita, reagisce verso gli operatori con molta aggressività verbale, asserendo di non avere bisogno della terapia; tuttavia si spoglia completamente e si lascia fare l'iniezione; dopo di che gli operatori lo invitano a un colloquio nel Servizio, ma egli non sembra d'accordo. La settimana successiva due infermieri si recano a domicilio per rinnovare la terapia depot, ma trovano Sergio molto minaccioso: questi spinge violentemente gli operatori per cacciarli, mentre la madre serra la porta per evitare che vadano via. Lui si spoglia e minaccia verbalmente di sodomizzare gli infermieri che spaventati chiamano il 118 (nei giorni precedenti Sergio aveva minacciato allo

stesso modo un ragazzo del condominio). Alla fine, dopo un'intensa resistenza, è ricoverato con T.S.O. (Trattamento Sanitario Obbligatorio) all'S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura con la diagnosi di disturbo bipolare in fase di eccitamento maniacale. Uscito dall'ospedale si presenta insieme alla madre al colloquio con lo psichiatra cui è stato assegnato. Sergio appare calmo ma poco loquace, condiscendente, passivo; lascia alla madre l'iniziativa nel colloquio clinico.

Analizziamo, enumerandole in modo schematico, possibili ipotesi di lettura che danno luogo a differenti percorsi terapeutici alla luce delle categorie A, B e C delineate nel precedente paragrafo.

1) Il C.S.M. di provenienza descrive la situazione clinica tramite il modello diagnostico nosografico, attribuendo il disturbo di schizofrenia al paziente mentre il reparto ospedaliero dove è ricoverato opta per il disturbo bipolare con temi deliranti. Il contesto (asse A) preso in considerazione è dato dalle fantasie relazionali presenti nel mondo interno e agite dal paziente. Queste, interpretate come sintomi che si aggregano in sindromi patologiche, sono iscritte in una trama causalistica-meccanicistica che le priva del loro senso simbolico emozionale. I fenomeni sono rappresentati (asse B) attraverso il criterio dello scarto dal modello dato dall'antinomia patologia/sanità. L'obiettivo (asse C) è correttivo, teso a ripristinare lo stato di sanità laddove possibile.

I problemi di Sergio sono interpretati e organizzati intorno al tema dell'assunzione o meno della terapia farmacologica ritenuta in grado di controllare la patologia.

Gli eventi in corso tendono ad essere attribuiti all'interruzione della terapia farmacologica che causa la riacutizzazione della malattia. Tale approccio concentra l'attenzione sulla ricerca della compliance di Sergio valutata quale aderenza alla terapia farmacologica ma anche come disponibilità a 'farsi curare' (farsi seguire dal C.S.M.). Il nuovo Servizio, al quale Sergio è segnalato, raccoglie acriticamente l'allarme della madre concernente il rifiuto della terapia farmacologica. All'unisono con la madre, l'intervento consiste nell'esercitare pressione sul paziente affinché si decida a riprendere i farmaci prescritti. Nel momento in cui tale pressing non solo fallisce, ma provoca nuove situazioni problematiche, l'azione clinica si trasforma in T.S.O.

2) L'interpretazione degli eventi clinici è organizzata attorno al mondo emozionale di Sergio. Si può supporre che egli esprima nei confronti della madre un atteggiamento ambivalente rivelato dall'oscillazione tra l'adesione e la ribellione ai desideri di lei. Egli non riesce a svincolarsi da una relazione di dipendenza dalla madre; il progetto di matrimonio, per quanto desiderato, è vissuto come esperienza separante e angosciante. Il suo stato mentale, contrassegnato dalla confusione e da una parziale disorganizzazione mentale, esprime al contempo l'intensa angoscia presente e l'evitamento dei problemi relazionali con i quali si cimenta. In una simile ipotesi di lettura il contesto di analisi e d'intervento (A) è ancora nell'ambito delle relazioni intrapsichiche; il focus è spostato dai sintomi al mondo emozionale di Sergio che rimane, come nel punto precedente, l'oggetto d'intervento. Riguardo agli assi categoriali B e C sono possibili due strade:

- I vissuti emotivi e gli agiti sono trattati quali espressioni di patologia o di disfunzionalità, l'obiettivo è di tipo correttivo. L'intervento, tramite la predisposizione di un setting duale⁵, potrebbe essere sia farmacologico sia psicologico e perseguire l'obiettivo che Sergio raggiunga una sufficiente capacità di autonomia. Tale approccio incrocia diverse difficoltà: la motivazione di Sergio a svolgere tale lavoro appare labile; la dubbia efficacia con simili pazienti di un intervento terapeutico incardinato prevalentemente sul lavoro simbolico-verbale; la lunga durata che l'obiettivo correttivo presuppone confrontata alla scarsità delle risorse a disposizione dei servizi (l'intervento non può considerarsi riuscito se Sergio non raggiunge un'adeguata capacità di autonomia).

⁵ Col termine duale s'intende una configurazione della relazione terapeutica del tipo terapeuta/paziente singolo, terapeuta/famiglia o terapeuta/gruppo caratterizzata dalla mancata assunzione nel setting delle dimensioni contestuali entro cui opera.

- I vissuti emotivi e gli agiti sono trattati quali espressioni di un problema di convivenza; l'obiettivo è di tipo processuale e aperto, teso a implementare la competenza di Sergio ad affrontare il problema. L'assenza di una domanda del paziente così come i dubbi intorno all'utilizzabilità del lavoro simbolico-verbale entro un setting duale rimangono nodi problematici. Di contro è possibile ipotizzare un intervento circoscritto poiché l'obiettivo non consiste nel passaggio prefissato da uno stato disfunzionale a uno stato funzionale (sufficiente capacità d'indipendenza psicologica), ma mira a ricostruire un senso al momento critico con cui Sergio si confronta e a favorire lo sviluppo di una sua maggiore competenza ad affrontarlo.

3) Nell'ipotesi di lettura esaminata in questo punto il focus è spostato sulle dinamiche relazionali tra Sergio, la partner e la madre di lui. Si suppone la presenza di una relazione simbiotica nella quale i soggetti si controllano reciprocamente comprimendo le proprie individualità. L'equilibrio collusivo con la madre va in crisi quando Sergio fa un progetto di matrimonio; la madre (come emergerà nei colloqui successivi) rivendica uno spazio per curare il giardino della casa dove i due andranno a vivere, la futura nuora si oppone, mentre Sergio, proprietario della casa acquistata con il contributo economico della madre, si sente paralizzato dal conflitto. Affronta il problema lasciando la partner, ma compaiono angosce e processi di disorganizzazione psichica. La madre cerca di ripristinare il controllo assicurandosi che il figlio prenda i farmaci e che si lasci proteggere da lei, ma Sergio rifiuta la cura, sentita come l'ennesima imposizione materna.

Lo spazio contestuale (A) considerato va oltre le relazioni intrapsichiche, poiché analizza anche altri soggetti (la madre e la partner). Questi, non più ritenuti unicamente oggetti del mondo interiore del paziente, costruiscono e influenzano a loro volta gli eventi. Il mondo interiore di Sergio assume senso non solo come espressione di assetti relazionali interni invariati e riproposti ogni volta (la sua dipendenza), ma anche, alla stregua di una scacchiera, in funzione di come la madre e la partner interagiscono. In questa ottica il contesto attuale viene ad assumere un rilevante significato e una propria specificità, anziché essere figurato quale pretesto per la messa in atto ripetitiva dei tratti di personalità di Sergio. L'allargamento del contesto considerato attribuisce un nuovo senso agli eventi; l'attenzione al mondo intrapsichico non scompare, ma è compresa tramite le simbolizzazioni emozionali presenti entro la rete relazionale tra i diversi protagonisti. Oggetto di analisi e d'intervento non è più solamente Sergio ma anche la madre e possibilmente la partner.

L'adozione di un diverso contesto d'intervento qui segna una differenza rilevante negli assi B e C; saranno le relazioni, piuttosto che il paziente, a essere ritenute disfunzionali o patologiche. Viceversa, qualora i fenomeni fossero rappresentati come problemi di convivenza, sarà perseguito l'obiettivo dello sviluppo di competenze in 'tutti' i soggetti protagonisti del contesto preso in esame. Tale considerazione rimarrà valida anche relativamente ai punti successivi.

4) Il modello di lettura qui adottato prevede uno spazio contestuale ancora più ampio che include il Servizio cui è rivolta la domanda; risultano così implicate le relazioni tra Sergio, i suoi interlocutori e il Centro di Salute Mentale. La madre, cui sta sfuggendo il controllo del figlio, chiede l'intervento urgente del Servizio, vissuto come dotato del potere di convincere o di imporre al figlio la riassunzione dei farmaci. Gli operatori raccolgono e agiscono la richiesta materna, raffigurando Sergio come un malato in preda a crisi acuta. Si recano a domicilio; trovano il paziente contrario alla visita e alla terapia farmacologica, che però accetta con un atto di sottomissione. Nella seconda visita il rifiuto di Sergio è perentorio, diventa insofferente, minaccioso; si crea un clima di potenziale pericolosità.

Il Servizio non analizza la domanda, ma agisce la fantasia controllante espressa dalla madre. Sergio reagisce con aggressività verso gli operatori in quanto assimila il Servizio alla madre. La minaccia di sodomia esprime il tentativo di riprendersi un potere fallico a fronte dell'impotenza in cui si sente confinato. È legittimo supporre, in tale ottica, che la pericolosità avvertita dagli operatori rappresenti l'esito di agiti nei quali il controllo reciproco appare l'unica modalità relazionale attivata; agiti, peraltro, di cui anche il Servizio è importante protagonista.

È fondamentale rilevare che l'espansione dello spazio contestuale (A) alla relazione 'individuo/ambiente di convivenza/Servizio' non solo consente di arricchire con altre variabili la comprensione, ma riorganizza in

modo nuovo il senso dei fenomeni clinici osservati. Si osserva, infatti, che gli accadimenti sono influenzati anche dalla posizione assunta dal Servizio che arriva a provocare la reazione aggressiva di Sergio (interpretata inizialmente dagli operatori, alla luce dei modelli orientati all'individuo, come elemento della patologia del paziente). L'escalation esita nel ricovero che, in una siffatta dinamica relazionale, diviene l'unica possibilità per controllare l'aggressività.

La ricerca della compliance sul trattamento farmacologico e sulla cura significa, in tale contesto, perseguire il controllo e l'adeguamento passivo di Sergio. La funzione richiesta al Servizio, e da questo agita, consiste nel favorire il ripristino del previo sistema collusivo fondato sulla relazione simbiotica tra madre e figlio, che il progetto di matrimonio ha alterato. Il Servizio, come spesso accade, invece di promuovere sviluppo, assume il ruolo di 'garante' della conservazione. Ne è dimostrazione il colloquio clinico avvenuto dopo il ricovero nel quale Sergio riprende la parte del malato passivo che delega alla madre il compito di parlare con il terapeuta.

Le relazioni descritte sono influenzate anche dalle dinamiche organizzative del Servizio, vale a dire dalle simbolizzazioni operative con le quali gli operatori condividono finalità, obiettivi, risorse, ruoli e funzioni (Carli & Paniccia, 1981)⁶. A tal proposito si pensi allo spreco di risorse prodotte da un simile intervento (varie visite domiciliari, presenza delle forze dell'ordine, giornate di degenza ospedaliera) che potevano, forse, essere evitate qualora il contesto di analisi avesse incluso il ruolo rivestito dal Servizio nelle simbolizzazioni emozionali e operative che connotano le interazioni tra i soggetti coinvolti.

5) Allargando ancora lo spazio contestuale si osserva che anche il C.S.M. precedente e il reparto ospedaliero dove Sergio è stato ricoverato costituiscono soggetti che partecipano in modo rilevante alla formazione delle fantasie collusive che organizzano le dinamiche relazionali. Il precedente Servizio diagnostica il paziente, peraltro in modo opinabile, come schizofrenico e lo tratta con una terapia farmacologica e colloqui con una psicologa. Il trattamento sembra essere ritualizzato entro repertori standard nei quali la relazione terapeutica è cronicizzata. Il rifiuto del paziente di continuare il trattamento non è analizzato anche quale espressione del suo desiderio di avere una propria identità non confinata all'essere considerato malato e 'dipendente' dal Servizio. Non è data la possibilità di comprendere ed elaborare le contraddizioni emozionali di Sergio rispetto a tale problema; di conseguenza egli vive la ribellione come unica modalità di agire il desiderio di un proprio spazio.

Il precedente Servizio, sollecitato dalle nuove criticità, interviene ponendo l'accento sulla necessità che Sergio riprenda la cura; sono ignorati i vissuti emotivi del paziente concernenti la relazione terapeutica, sentita come affiliativa quanto quella con la madre. La fantasia implicita che organizza la relazione terapeutica è che egli, in quanto affetto da un deficit, deve rimanere sempre nella sfera di protezione di un Servizio; anche il C.S.M. di provenienza sembra svolgere la funzione di garante dell'immobilismo.

Al momento in cui la madre si rivolge all'attuale Servizio, occorre tenere presente la dinamica collusiva già strutturata tra paziente, madre e precedente Servizio. D'altro canto il C.S.M. di provenienza fa pressione, quanto la madre, sul nuovo Servizio per un sollecito intervento volto a verificare che Sergio assuma la terapia farmacologica. Il nuovo Servizio risponde non solo alla madre ma anche al C.S.M. inviante, dal quale si sente messo in allarme. La domanda materna non è unicamente segno di una rappresentazione interna alla madre stessa, ma è anche espressione delle fantasie collusive organizzate nella relazione col Servizio di provenienza. Infine il reparto ospedaliero, senza porsi domande sul ruolo giocato dal proprio agire, assicura il controllo attraverso il ricovero coatto inserendosi così nella catena dei controlli reciproci che organizzano il sistema relazionale.

⁶ Gli Autori definiscono l'organizzazione come una relazione sociale che si costituisce sulla base di una condivisione di un'azione trasformativa finalizzata a un obiettivo (simbolizzazione operativa coerente agli obiettivi); essa prevede funzioni e ruoli appropriati al raggiungimento dello scopo. La dimensione istituzionale, invece, si riferisce alle simbolizzazioni affettive inconsce che si producono nell'ambito delle relazioni di reciprocità proprie delle organizzazioni.

6) Le simbolizzazioni affettive e le fantasie collusive inferibili dagli eventi clinici riportati si arricchiscono e cambiano in rapporto allo spazio contestuale preso in esame. Quest'ultimo può ulteriormente essere ampliato. Possono essere incluse, per esempio, le culture di riferimento dell'utenza e del Servizio che orientano l'organizzazione della relazione terapeutica. Le modalità dell'intervento clinico risultanti dalle scelte operate entro i tre assi categoriali utilizzati corrispondono a differenti fantasie collusive che si strutturano in repertori culturali condivisi. La domanda posta dalla madre di Sergio propone simbolizzazioni affettive e attese nei confronti del Servizio legittimate da specifiche culture. I modelli della relazione terapeutica sono, a loro volta, in rapporto ad altri elementi e aspetti culturali della convivenza e così via in un sistema a cerchi concentrici estensibili a molti livelli.

Finora sono state mostrate le problematiche aperte dalle diverse opzioni possibili nell'intervento clinico. È legittima l'affermazione che maggiore è la complessità del contesto considerato, potenzialmente più accurata è la comprensione. Nell'episodio clinico esaminato è stato evidenziato che la variazione dei soggetti inclusi nel contesto può cambiare in modo significativo l'interpretazione degli eventi. Di contro se il contesto d'intervento diviene eccessivamente ampio, si rischia di incorrere in difficoltà operative. È evidente che a fronte della domanda posta da un soggetto sarebbe impossibile un'operatività inclusiva dell'intera comunità nazionale che, invece, può divenire oggetto di altre iniziative.

In un servizio di salute mentale si pone la questione di quale sia il segmento contestuale potenzialmente più appropriato all'analisi e all'intervento che tratta le malattie mentali.

In risposta a tale problema si propone che l'oggetto e lo spazio contestuale elettivo di analisi e intervento debba essere costituito dalle simbolizzazioni emozionali presenti entro la relazione triadica 'individuo/ambiente di convivenza/Servizio'. I primi due elementi stanno a indicare che il soggetto è inscindibilmente inserito in un ambiente relazionale entro cui si determinano i problemi espressi. Per Servizio si intende l'Ente al quale la domanda clinica è rivolta, nel caso specifico il Centro di Salute Mentale considerato nelle sue dimensioni organizzativa e istituzionale come definite da Carli e Paniccia (1981).

Ogni analisi che non includa nello spazio contestuale almeno questi tre elementi rischia di essere riduttiva poiché sarebbero ignorati dati importanti per la costruzione del senso degli eventi. Ciononostante gran parte degli interventi terapeutici nei servizi di salute mentale circoscrive lo spazio contestuale alle relazioni intrapsichiche e alla famiglia, escludendo il Servizio. Nel caso clinico di Sergio sono stati rilevati i limiti degli interventi ispirati da tali approcci. Il contesto d'intervento, entro le possibilità operative sostenibili, potrebbe essere più ampio rispetto alla triade basilare (nell'episodio clinico esaminato sono rilevanti anche il precedente C.S.M. e il reparto ospedaliero).

Paziente/ambiente di convivenza/Servizio: i passaggi dell'istituzione della relazione

Quando il soggetto decide di rivolgersi al C.S.M. sono già avvenuti alcuni passaggi emozionali. Il Servizio, a sua volta, reciproca la domanda attraverso una propria proposta relazionale. Tale interazione determina le fantasie collusive che organizzeranno la relazione triadica paziente/ambiente di convivenza/Servizio. La rilevanza assunta dalle modalità con le quali è istituita la relazione terapeutica è stata ampiamente evidenziata da Carli e Paniccia (2003). Esaminiamo in modo sequenziale, tramite l'episodio clinico descritto, gli aspetti significativi che intervengono in tale passaggio:

1) È presente nell'ambiente di convivenza specifico un equilibrio che, in quanto soggetto a forze contrastanti e al cambiamento degli eventi, è instabile. Le trame relazionali reciproche sussistono in uno stato di tensione dinamica.

Il sistema relazionale tra Sergio, la partner e la madre di lui sembrava poggiarsi sul fatto che la relazione Sergio/partner non alterasse il rapporto Sergio/madre; era presente una tensione che però non minacciava l'equilibrio.

2) Si determina una crisi a causa di eventi che rendono problematiche le fantasie collusive presenti nell'ambiente relazionale.

Il progetto di matrimonio e la convivenza nella casa di Sergio mettono in pericolo la natura della relazione Sergio/madre; si crea una intensa conflittualità tra i tre protagonisti del contesto: la madre vuole continuare a occuparsi del giardino della casa dove abiteranno figlio e nuora, quest'ultima non vuole, Sergio non sa come atteggiarsi.

3) I soggetti coinvolti incontrano difficoltà ad accettare il cambiamento e a riorganizzarsi; ciò li spinge a ricercare soluzioni che mantengono inalterato l'assetto antecedente alla crisi, in altri termini si cerca un accomodamento in senso piagetiano (Piaget, 1937/1968).

Sergio lascia la sua partner di modo che la relazione simbiotica con la madre sia salvaguardata.

4) Il tentativo di ritornare alla preesistente organizzazione collusiva non riesce del tutto. Tale fallimento attiva la domanda che spesso assume la forma di una proposta collusiva tesa ad affidare al Servizio la funzione di ripristinare l'assetto relazionale antecedente, laddove i protagonisti del contesto hanno invece fallito.

Sergio assume atteggiamenti bizzarri che esprimono la confusione emozionale derivante dalla labilità di propri confini psichici. Egli riassume l'identità di malato che legittima la natura simbiotica della relazione con la madre; attraverso la 'follia', tuttavia, esprime anche il bisogno di sottrarsi al totale controllo materno. Sebbene ripristinata, la relazione tra Sergio e la madre non perde la sua conflittualità giacché sono sacrificate le aspirazioni di Sergio ad avere una propria individualità. La proposta collusiva insita nella domanda della madre di Sergio al nuovo C.S.M. è contrassegnata dalla fantasia che il Servizio possa, attraverso un presunto potere di convinzione medico e tramite la terapia farmacologica, ricondurre sotto controllo le intemperanze di Sergio che rappresentano l'ultimo baluardo contro l'annullamento di sé stesso.

5) L'incontro tra la domanda e il Servizio determinerà le simbolizzazioni affettive reciproche che organizzeranno la relazione paziente/ambiente di convivenza/Servizio.

È stato già rilevato quanto il C.S.M. colluda con le fantasie materne tese a riportare sotto controllo la relazione simbiotica con Sergio. Tali fantasie, peraltro, avevano già trovato la complicità del precedente Servizio per cui un sistema paziente/ambiente di convivenza/Servizio si era già preventivamente strutturato e al nuovo Centro di Salute Mentale era chiesto di allinearsi a esso. Sergio dopo il ricovero torna al C.S.M. sedato, la relazione simbiotica madre/figlio è recuperata e non vi sono tensioni. Il paziente fa tutto ciò che la madre e il Servizio si aspettano da lui. È ipotizzabile che la relazione paziente/madre/Servizio si sia strutturata attraverso la fantasia, condivisa da parte di tutti i soggetti in campo, di contrastare le spinte verso l'individuazione che mettevano in pericolo l'equilibrio collusivo esistente. In questa fase iniziale, come è già stato osservato, il Servizio, mettendo a tacere gli aspetti problematici e le tensioni presenti, diviene il garante del ripristino del sistema collusivo precedente, ripristino che non era riuscito a madre e figlio. È, tuttavia, molto probabile che i problemi tacitati si ripresentino, innescando nuovamente il medesimo schema e finendo per generare una cronicizzazione di tali simbolizzazioni affettive nella relazione paziente/ambiente di convivenza/Servizio.

Ricorrenze e criteri di categorizzazione

I principali sistemi di categorizzazione della domanda esistenti aggregano in classi il modo ricorrente col quale il soggetto rappresenta nel suo mondo intrapsichico le relazioni interpersonali (sintomi o tratti di personalità).

La classificazione basata sul D.S.M (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) è oggi la più diffusa nei servizi. Oggetto della categorizzazione sono le relazioni intrapsichiche (ad es. il vissuto di essere perseguitato), descritte quali sintomi di una patologia (delirio). Tale modello reinterpreta il vissuto cui il sintomo si riferisce spogliandolo del suo significato affettivo relazionale. La presenza nel D.S.M. di assi multifattoriali presuppone il tentativo epistemologicamente ibrido e confusivo di espandere lo spazio

contestuale da relazioni desimbolizzate (sintomi clinici) a relazioni simbolizzate affettivamente (tratti di personalità) fino ad includere l'ambiente interpersonale. Tal estensione, tuttavia, avviene solo in funzione di una maggiore comprensione dell'individuo.

Nel modello psicoanalitico i tratti della personalità sono aggregati sulla base delle vicissitudini dinamiche ed evolutive. Autori come Kenberg (1984/1987) mettono a punto la diagnosi strutturale della personalità, altri come Gabbard (1990/1992) rivedono in senso dinamico le categorie del D.S.M. Lo spazio contestuale oggetto della categorizzazione psicoanalitica è costituito sempre dalle relazioni intrapsichiche sebbene su piani diversi rispetto al modello nosografico. Nell'evoluzione storica del movimento psicoanalitico si registra una forte attenzione alle relazioni intersoggettive ma, come afferma Modell (1984/1992), la psicologia bipersonale finisce sempre per essere riletta in chiave unipersonale.

I modelli terapeutici appena citati, così come altri modelli, sono stati ampiamente analizzati nella letteratura e una loro disamina più approfondita esula dal tema di questo contributo.

A questo punto è interessante verificare se il modo di leggere e organizzare la domanda dell'utenza adottato in questo lavoro consente l'individuazione di ricorrenze inquadrabili in sistemi alternativi di classificazione.

È bene precisare che ogni modello di classificazione nell'individuazione di potenziali invarianze corre il rischio di assolutizzare i fenomeni clinici attraverso un processo di astrazione decontestualizzante. Il problema può essere superato se i fenomeni sono rappresentati in una processualità dialettica tra elementi varianti ed elementi invarianti ove i secondi sono inseriti in contesti mutevoli e perciò passibili di diventare varianti.

Ricordiamo gli assunti che, nell'ambito dei criteri categoriali esposti nella prima parte di questo lavoro, costituiranno la base per ipotizzare un diverso sistema di classificazione:

A) Lo spazio contestuale minimale oggetto di analisi è dato dalla triade relazionale paziente/ambiente di convivenza/Servizio.

B) Il fenomeno clinico è rappresentato come problema di convivenza presente dapprima nell'ambiente di convivenza del paziente poi nella relazione col Servizio.

C) Gli obiettivi sono processuali, tesi a sviluppare risorse e competenze utili ad affrontare le criticità.

Si è affermato che il campo contestuale individuo/ambiente di convivenza/Servizio costituisce l'oggetto di analisi e d'intervento; di conseguenza il sistema di categorizzazione della domanda sarà incardinato su questa triade. Inoltre, a differenza dei sistemi fondati su tratti invarianti dell'individuo, sarà data rilevanza alle dinamiche collusive presenti nel contesto attuale. Che la domanda provenga da un singolo o più soggetti, che riguardi se stessi o che segnali altri soggetti, si assume che la criticità coinvolga tutti coloro che partecipano all'ambiente di convivenza specifico.

Vi è una prima rilevante differenza rispetto ai sistemi categoriali tradizionali: l'elemento di base attorno al quale è costruito il sistema di classificazione non è dato dal mondo interno del soggetto ma dal contesto interpersonale critico desunto dalla domanda. È allora possibile ipotizzare tipologie di aree problematiche di convivenza ricorrenti e individuare strategie d'intervento terapeutiche specifiche e appropriate. Tali situazioni relazionali critiche possono essere correlate con le culture delle comunità locali e con quelle delle comunità più allargate, aprendo nuovi spazi di approfondimento, di ricerca e d'intervento sui sistemi di convivenza.

Un'altra significativa differenza è costituita dall'importanza assegnata al momento in cui la domanda incontra il Servizio che comporta l'inclusione nel sistema categoriale delle potenziali forme ricorrenti di organizzazione della relazione triadica individuo/ambiente di convivenza/Servizio.

Nei sistemi di classificazione tradizionali l'estrazione di tratti psichici dell'individuo e la loro classificazione implica il rischio di un'operazione astratta scissa dai problemi emergenti nei diversi ambiti di convivenza (P.D.M. Task Force, 2006/2008); viceversa il modo di classificazione qui prospettato riflette la vita emozionale osservata in una prospettiva olistica attraverso i problemi generati dalla convivenza.

Ipotesi di un sistema di categorizzazione della domanda nel Centro di Salute Mentale

Sono di seguito tracciate alcune ipotesi per la costruzione di un sistema di classificazione della domanda, formulate in base all'analisi di un esteso campione di domande pervenute a un Centro di Salute Mentale. Tali ipotesi non costituiscono, per ragioni di spazio, un sistema compiuto ma uno schematico abbozzo teso a mostrare le potenzialità di nuove vie clinico-operative e organizzative.

Si propone un modello di categorizzazione della domanda contrassegnato da quattro ambiti categoriali:

a) Ambienti di convivenza entro cui si producono le criticità che esitano nella domanda.

b) Eventi che determinano criticità entro specifici ambienti di convivenza.

c) Fantasie collusive proposte nella domanda.

d) Dinamiche collusive entro la relazione individuo/ambiente di convivenza/Servizio che organizzano l'intervento clinico.

a) Ambienti di convivenza

Questo ambito differenzia la tipologia degli ambienti e delle situazioni di convivenza entro cui avviene un fallimento collusivo che genera una crisi fra i soggetti protagonisti.

Nella misura in cui si assume che l'analisi delle dinamiche relazionali entro l'ambiente di convivenza è decisiva per la comprensione dei fenomeni clinici, questo asse categoriale, al pari di quello che lo segue relativo agli eventi che determinano criticità, diviene di massima rilevanza nel sistema di classificazione che si sta ipotizzando. Le categorie descritte nei punti successivi assumono senso solo se ivi incardinate.

È possibile individuare alcune classi generali e all'interno di ognuna di esse situazioni ed eventi specifici. Classi generali:

- Famiglia
- Organizzazioni lavorative
- Ambienti sociali
- Ambienti istituzionali

È possibile una suddivisione in ulteriori sottoclassi. Ad esempio la famiglia può essere suddivisa in rapporto genitori/figli, relazioni di coppia e così via.

Una situazione clinica può implicare più ambienti di convivenza.

La malattia mentale di solito genera crisi contemporaneamente in tutti gli ambienti citati.

b) Eventi che generano criticità nella convivenza

Questa categoria descrive gli eventi che generano cambiamenti in grado di determinare una crisi degli assetti relazionali entro uno specifico ambiente di convivenza.

- Famiglia

Fenomeni di svincolo nel rapporto genitori/figli, rottura di una relazione sentimentale, malattie, lutti etc.

- Organizzazioni lavorative

Cambiamenti organizzativi che generano conflittualità, fenomeni di mobbing, insorgenza di problematiche nelle relazioni gerarchiche e così via.

- Ambienti sociali

Cambiamenti che producono crisi nell'integrazione sociale come perdita di status socioeconomico, perdita o precarietà del lavoro; crisi nella comunità locali originate dalla presenza di un malato mentale; eventi che generano solitudine etc.

- Ambienti istituzionali

Alcune domande sono l'esito di eventi nei quali la criticità coinvolge ambienti istituzionali come enti giuridici (forze dell'ordine, magistratura etc.), enti sanitari etc.

c) Fantasie collusive proposte nella domanda

In questo ambito sono categorizzate le simbolizzazioni affettive con le quali i soggetti coinvolti nello specifico ambiente di convivenza rappresentano la relazione col Servizio prima che avvenga il contatto.

In esse si rispecchia la spinta a ripristinare l'assetto relazionale antecedente la crisi, ma al contempo in si rispecchia anche il bisogno di un cambiamento derivante dall'intuitiva sensazione che tornare agli assetti preesistenti non è possibile o avrebbe un effetto deleterio sulla propria realizzazione.

La rinuncia alla relazione sentimentale da parte di Sergio non esita in un tranquillo rapporto simbiotico con la madre; il suo stato di agitazione e il suo atteggiamento bizzarro stanno a testimoniare il fallimento del ritorno al passato.

Carli e Panicia (2003) hanno proposto il costrutto delle 'neoemozioni' per indicare i processi emozionali che tendono alla negazione dell'altro estraneo. Si rimanda al testo degli Autori per la descrizione psicodinamica delle diverse neoemozioni e riguardo al loro rapporto con le fantasie collusive proposte nella domanda.

A chi scrive sembra che l'analisi di Carli e Panicia rispecchi efficacemente la dinamica fenomenologica della domanda nei servizi di salute mentale e costituisca un buon punto di partenza per un sistema categoriale delle proposte collusive. Di contro occorre ricordare che qualora le fantasie neoemozionali fossero analizzate estraendole dal contesto entro cui si originano si presenterebbe il rischio, già rilevato nei modelli tradizionali, di una categorizzazione decontestualizzante e ipostatizzante. Le dinamiche collusive proposte nella domanda al Servizio sono direttamente correlate alla tipologia del fallimento collusivo verificatosi nei contesti relazionali descritti nel punto *a* e nel punto *b*. È evidente che fantasie di controllo che si originano entro situazioni di svincolo tra genitori e figli non hanno il medesimo senso se presenti in un rapporto di coppia o in un'organizzazione lavorativa. In conformità a tale considerazione si può affermare che una classificazione delle ricorrenze non può essere costruita ipotizzando solo una delle quattro categorie esaminate; si rende necessaria l'individuazione della trama che lega in un rapporto di consequenzialità le diverse dimensioni.

Nel caso clinico esposto la proposta collusiva (asse *c*) da parte della madre e del C.S.M. inviante sottende la pretesa di controllare la relazione con Sergio. Il senso che essa assume può essere compreso solo se rapportato alla criticità intervenuta nell'ambiente di convivenza (asse *a*) in seguito al progetto di matrimonio tra Sergio e la partner (asse *b*).

È fondamentale segnalare che nella prospettiva qui delineata, le fantasie collusive proposte non sono categorizzate come appartenenti al singolo (es. la madre che esprime la domanda nell'episodio clinico esposto) ma all'insieme dei soggetti partecipanti al contesto. Esse sono rappresentabili, ad esempio, in termini di fantasie di controllo e affiliative in contrasto con fantasie che esprimono desideri d'individuazione, tutte compresenti tra i soggetti protagonisti dell'ambiente relazionale.

d) Dinamiche collusive che organizzano l'intervento clinico

Questa categoria denota la possibilità di individuare ricorrenze nelle dinamiche collusive della relazione tra individuo/ambiente di convivenza/Servizio. Se nelle categorie *a*, *b* e *c* a essere interessati sono i primi due elementi della triade in questa il Servizio assume un ruolo centrale in quanto a sua volta organizzatore delle relazioni.

Si propone la distinzione tra due tipologie:

- Il sistema triadico si struttura attraverso la riproposizione e la conferma delle fantasie collusive presenti nella domanda; ciò può avvenire in tre modi:

- Isomorfo
- Complementare

- Simmetrico conflittuale

- Il sistema si struttura favorendo processi di comprensione e integrazione delle simbolizzazioni affettive presenti nella triade; si individuano due modalità:

- Analisi dei processi di simbolizzazione
- Assetti relazionali che interrompono le dinamiche collusive agite in modo ripetitivo e scontato

Assetto isomorfo

Il contesto relazionale triadico si organizza replicando la proposta collusiva.

Simile configurazione, peraltro tra le più diffuse, della triade individuo/ambiente di convivenza/Servizio è generatrice di rilevanti criticità nell'intervento terapeutico con le malattie mentali.

In ottemperanza a un modello d'intervento incentrato sulla sanitarizzazione del problema (patologia/cura) la visita domiciliare organizzata a casa di Sergio per somministrare la terapia farmacologica rappresenta un agito che raccoglie la richiesta materna e del C.S.M. inviante. Il Servizio agisce la propria potenza fallico curativa replicando in modo isomorfo la fantasia di controllo della madre e del C.S.M. inviante laddove questi avevano fallito; in tal modo è rinforzato e stabilizzato un sistema relazionale organizzato sul controllo reciproco.

Assetto complementare

Le dinamiche collusive entro il sistema relazionale si strutturano tramite l'assunzione di ruoli e funzioni differenti e complementari.

In questa categoria, per esempio, rientrano gli interventi che, adottando il paradigma sanitario, rispecchiano un assetto complementare nel quale le richieste affiliative dei pazienti sono speculari al ruolo di accudimento sostenuto dai servizi.

Mario dopo il ricovero in S.P.D.C. viene al C.S.M. non sapendo dove andare a dormire e aspetta passivamente l'operatore che impiega molte ore per risolvere il problema. Il paziente si reca nell'alloggio che poi la sera stessa abbandona.

Il sistema relazionale si organizza scontatamente sulla passività del paziente legittimata dalla presunta sua incompetenza e dalla complementare presunta competenza accudente del Servizio.

Assetto simmetrico

Il Servizio si oppone alla proposta collusiva e le relazioni tra i soggetti della triade si organizzano intorno a pretese e contrasti che rispecchiano le conflittualità che hanno dato origine alla crisi nell'ambiente di convivenza.

Vi sono diverse situazioni nelle quali sono agite pretese e contro pretese nella relazione terapeutica; si pensi alle contese sul setting o sulla continuità terapeutica.

Elena, da anni tossicodipendente e appena uscita dalla prigione, arriva con la pretesa, accompagnata da minacce aggressive, di essere presa in trattamento dal C.S.M. negando la dipendenza da sostanze (esiste un Servizio di competenza per le tossicodipendenze). S'ingaggia un braccio di ferro tra la paziente e il Servizio; quest'ultimo oscilla tra l'accettazione del trattamento, dettata dalla paura e complementare alla richiesta della paziente, e il rifiuto simmetrico di prenderla in cura.

La relazione col Servizio, nella misura in cui non è pensata, riproduce la dinamica conflittuale tra Elena e il suo ambiente di convivenza.

Assetto orientato alla comprensione dei processi di simbolizzazione

La triade individuo/ambiente di convivenza/Servizio si organizza intorno all'obiettivo della comprensione e integrazione delle simbolizzazioni emozionali presenti.

Quando Sergio e la madre, dopo il ricovero al reparto ospedaliero, si sono ripresentati al Servizio è stato intrapreso con entrambi un lavoro finalizzato a costruire un senso agli eventi che si erano susseguiti. L'analisi includeva anche la parte giocata dal Servizio e dalle altre istituzioni sanitarie. Tale intervento, arricchendo le competenze dei due nella gestione dei problemi reciproci, ha innescato processi di trasformazione già nelle fasi iniziali dell'intervento. Nel corso del lavoro clinico la relazione sentimentale è stata riallacciata, accompagnata da nuovi progetti di convivenza e dal desiderio di avere un bambino; la madre, rimasta sola dopo la morte del marito avvenuta alcuni anni prima, ha costruito nuove relazioni. Dopo un intervento relativamente breve (alcuni mesi) è stata concordata la conclusione della relazione terapeutica (trattamento farmacologico compreso) lasciando ai due la possibilità di ricontattare il Servizio in caso di eventuali nuove criticità.

Assetto orientato a configurazioni relazionali che interrompono le dinamiche collusive ripetitive

In alcune situazioni cliniche, in particolare nel trattamento delle malattie mentali, l'analisi simbolica è poco percorribile a causa di un'emozionalità intensa e angosciata. In questi casi proporre assetti relazionali che spezzano le dinamiche collusive scontate apre la possibilità di nuovi sviluppi.

I colloqui clinici avvenuti con la presenza di Sergio e la madre costituiscono un assetto relazionale che disconferma la fantasia che il problema appartenga al primo e sollecita nuove simbolizzazioni reciproche.

Ricordiamo l'episodio di Mario citato poco prima come esempio di assetto complementare. Cosa sarebbe avvenuto se la totale delega a risolvere il problema dell'alloggio fosse stata parzialmente rifiutata dal Servizio? Se, per ipotesi, il paziente fosse stato coinvolto, invitandolo a formulare anche proprie proposte per sbrogliare la situazione?

Questa metodologia d'intervento, ricca di potenzialità con le malattie mentali, può essere intrapresa solo se si assume la triade individuo/ambiente di convivenza/Servizio quale oggetto di analisi e intervento.

Per ognuna delle categorie appena esposte è possibile il riferimento a repertori culturali prevalenti. Essi rappresentano l'esito di dinamiche collusive che consentono la condivisione sociale; tali repertori vanno a costituire il 'senso comune' che tende a divenire una fonte di prescrizione delle emozioni entro la comunità (Carli & Paniccia, 2013).

Occorre precisare che i repertori culturali, sebbene essi stessi espressione di fantasie collusive, vanno distinti dalle fantasie collusive specifiche che si attivano negli ambienti di convivenza e nella relazione terapeutica; essi rappresentano una legittimazione sociale, un riferimento e un orientamento per le fantasie collusive specifiche messe in atto. Si pensi, di nuovo, alla fantasia di controllo tesa a ripristinare la relazione simbiotica col figlio presente nella domanda della madre di Sergio; essa trova convalida nel senso comune che legittima la preoccupazione e la protettività materna e nel repertorio culturale sanitario entro cui Sergio è pensato quale malato da trattare farmacologicamente, repertorio che nella fase iniziale il Servizio reciproca.

Infine, è opportuno ricordare ancora una volta che nel sistema qui proposto il fenomeno clinico assume senso solo se incardinato in tutte le quattro categorie poste in relazione tra loro. Le fantasie collusive proposte nella domanda (asse *c*) e le dinamiche collusive che caratterizzano la relazione paziente/ambiente di convivenza/Servizio (asse *d*) possono essere comprese solo se messe in rapporto alle specifiche dinamiche emozionali presenti negli ambienti di convivenza interessati (asse *a*) e agli eventi a essi associati (asse *b*).

Spazi potenziali di sviluppo e riorganizzazione del Centro di Salute Mentale

In conclusione si tratteggiano potenziali prospettive di sviluppo derivanti dall'adozione del contesto 'individuo/ambiente di convivenza/Servizio' quale campo d'intervento e dalla scelta di perseguire obiettivi non predefiniti di sviluppo e integrazione:

- È stato già rilevato che i modelli incentrati sulle relazioni intrapsichiche e su obiettivi correttivi esitano spesso in una strutturazione della relazione paziente/ambiente di convivenza/Servizio contrassegnata dalla

182

conferma e dalla riproduzione delle fantasie collusive presenti nella domanda. Una simile organizzazione origina diversi problemi. Il Servizio, nella misura in cui evita di interrogarsi sul proprio ruolo, finisce per rivestire la funzione di 'garante' del ripristino dell'assetto relazionale in precedenza fallito, soffocando le istanze di cambiamento e sviluppo presenti nella domanda. Tale fenomenologia si presenta in svariate situazioni cliniche, ma assume grande rilevanza nell'intervento con la malattia mentale. Essa è alla base dei processi, così frequenti, di cronicizzazione della relazione terapeutica che esitano nell'affiliazione perenne al Servizio; affiliazione che conferma e incoraggia nei pazienti un'immagine del Sé deficitaria. Il processo di cronicizzazione, d'altro canto, segnato da una dinamica relazionale che trova nell'immobilismo il suo senso, induce a un lavoro senza prodotto che genera vissuti di saturazione e burn out negli operatori dei servizi. Inoltre, in comunità che si misurano con risorse sempre più limitate tutto questo comporta un grande dispendio di energie.

Gli elementi critici appena descritti sono tutti presenti nell'episodio clinico resocontato; a essi va aggiunto il comportamento violento di Sergio innescato anche da un intervento del Servizio isomorfo alle fantasie materne. Il Servizio provoca la risposta violenta che viene poi attribuita a una genesi intrapsichica o alla patologia. Il caso di Sergio è rappresentativo di come la violenza non di rado si produce in associazione a specifiche fantasie che vedono il Servizio quale attivo protagonista. Per tale ragione la comprensione della parte giocata da quest'ultimo può rappresentare un'efficace metodologia nella prevenzione della violenza.

- I servizi sono spesso strutturati come insiemi non integrati di prassi cliniche, specchio dei diversi orientamenti terapeutici. Il Centro di Salute Mentale è caratterizzato da una sommatoria di tecniche autoreferenziali che segnano la mancanza di un progetto d'insieme e di un'identità coerente. L'inclusione degli elementi organizzativi e istituzionali del Servizio nella pianificazione dell'intervento clinico, così come la definizione rigorosa dell'oggetto di analisi e intervento proposti in questo lavoro consente di recuperare un'identità legata a progetti e obiettivi sostenibili nell'ambito delle risorse a disposizione.

In un altro contributo chi scrive ha descritto la possibilità di ripensare radicalmente l'intervento nel C.S.M. partendo dal dato organizzativo della limitatezza delle risorse (Vari, 2011). In esso è proposto un orientamento strategico clinico del Servizio, chiamato 'intervento psicologico breve', finalizzato a perseguire obiettivi compatibili alle risorse disponibili. Tale intervento non è omologabile alle principali tecniche di psicoterapia breve ritenute, in ragione dei paradigmi utilizzati, inadeguate al contesto istituzionale. Viceversa, l'intervento psicologico breve è reso possibile dall'adozione dei paradigmi illustrati in questo contributo. La rilevanza metodologica attribuita all'analisi dei problemi che si sono generati entro la triade descritta consente di delimitare l'intervento al momento critico attuale e lo ancora all'obiettivo di favorire lo sviluppo di risorse utili ad affrontare la criticità presente. La conclusione dell'intervento, in tale ottica, è svincolata dal raggiungimento di obiettivi predeterminati tipici delle metodologie terapeutiche che fanno riferimento ai modelli sanitari.

L'orientamento strategico all'intervento breve assume ancora più rilevanza nel lavoro clinico con le malattie mentali ove cronicizzazione e dispendio di risorse sono frequenti. L'obiettivo in tali casi, invece che alla cura, mira all'integrazione della malattia mentale nella comunità. Le fasi di acutizzazione della malattia sono di frequente segno di difficoltà presenti nei processi integrativi entro l'ambiente di convivenza. Il Servizio può contribuire a far emergere competenze che favoriscono una nuova riorganizzazione e che promuovono processi d'integrazione, evitando in tal modo l'affiliazione del paziente.

- Il sistema di categorizzazione proposto evidenzia le criticità relazionali proprie di specifiche aree di convivenza. Esso consente la rilevazione degli eventi critici ricorrenti entro i sistemi sociali. I modelli di classificazione tradizionali, nosografici o anche psicodinamici, che descrivono sintomi o tratti di personalità, attivano il processo opposto. Essi assolutizzano le caratteristiche intrapsichiche astraendole dalle situazioni sociali entro cui esse assumono senso. Viceversa la categorizzazione incardinata sui contesti fotografa un insieme e afferra con immediatezza e vitalità la natura del problema.

Si pensi alla differenza tra la redazione di una cartella clinica basata sui sistemi tradizionali, nella quale sono elencati sintomi e tratti di personalità che sembrano assumere un senso autoreferenziale, e una cartella

redatta seguendo lo schema suggerito in questo lavoro dove ogni parte ha senso solo se messa in relazione alle altre.

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

Si pensi alla moltitudine di pubblicazioni o convegni che hanno quale oggetto argomenti decontestualizzati, che hanno quale oggetto singole patologie o singoli tratti di personalità come, per esempio, il narcisismo. Sarebbe molto più interessante mettere al centro della discussione i contesti di convivenza problematici, all'interno dei quali la rilevazione di aspetti legati al narcisismo trova senso se correlata alle altre variabili.

- La rilevanza data alle situazioni di convivenza critiche consente di far emergere contesti come le organizzazioni lavorative, istituzionali e sociali spesso occultati dall'esclusivo interesse dato alle dinamiche familiari. Gli operatori sono formati su modelli teorico-clinici di lettura delle emozioni nell'ambito della famiglia; gli altri contesti, nei rari casi presi in considerazione, sono spesso interpretati attraverso le dinamiche emozionali generate entro la famiglia. All'opposto il modello di analisi della triade individuo/ambiente/Servizio contempla simbolizzazioni affettive e operative più complesse rispetto a quelle che si determinano entro la famiglia.

In conclusione il ripensamento e la riorganizzazione del Centro di Salute Mentale nel senso suggerito in questo lavoro possono consentire l'elaborazione dei numerosi problemi attualmente presenti e dischiudere spazi di ricerca innovativi, stimolando sviluppi 'imprevedibili'.

Bibliografia

Asbhy, W.R (1971). *Introduzione alla cibernetica* [An Introduction to Cybernetics] (M. Nasti, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1958).

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente* [Steps to an Ecology of Mind] (G. Longo & G. Tratteur, Trans.). Milano: Adelphi (Original work published 1972).

Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecologia e sviluppo umano* [The Ecology of Human Development] (L. Hvastja Stefani, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1979).

Buckley, W. (1976). *Sociologia e teoria dei sistemi*. [Sociology and Modern System Theory] (M.L. Bianco, Trans.). Torino: Rosenberg & Sellier (Original work published 1964).

Carli, R. (1990). Il processo di collusione nella teoria delle rappresentazioni sociali [The collusion process in the social representations theory]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 4, 282-296.

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

Carli, R., Paniccia, R.M. (2013). La funzione del senso comune nell'intervento psicologico clinico. Note sul lavoro di Sergio Salvatore: "Questioni intorno allo sviluppo della professione psicologica" [The function of commonsense in the clinical psychologist's intervention. Note on the Sergio Salvatore's work: "Issues on the development of

psychological profession”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 36-50. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Carli, R., Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of the organizations and institutions]. Bologna: il Mulino.
- Gabbard, G.O. (1992). *Psichiatria Psicodinamica* [Psychodynamic Psychiatry] (A. Gabrielli & S. Galati, Trans.). Milano: Raffaello Cortina (Original work published 1990).
- Glassefiel, von E. (1981). Il complesso di semplicità [The complex of simplicity]. In G. Bocchi & M. Ceruti (Eds.). (1985). *La sfida della complessità* [The challenge of complexity] (pp. 79-87). Milano: Feltrinelli.
- Grasso, M., & Salvatore, S. (1997). *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia* [Thought and decision-making. Contribution to the critique of individualist perspective in psychology]. Milano: FranoAngeli.
- Gray, W., Duhl, F.J., & Rizzo, N.D. (Eds.). (1978). *Teoria generale dei sistemi e psichiatria* [General Systems Theory and Psychiatry] (L. Sosio, Trans.). Milano: Feltrinelli (Original work published 1969).
- Kenberg, O. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. [Sever Personality Disorders] (S. Stefani, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1984).
- Lewin, K. (1972). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale* [Field Theory in Social Science] (M. Baccianini, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1951).
- Ludovico, A. (2001). *Effetto Heisenberg. La rivoluzione scientifica che ha cambiato la storia* [Heisenberg's effect. The scientific revolution that has changed the history]. Roma: Armando.
- Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente* [Autopoiesis and Cognition The Realization of the Living] (A. Stragapede, Trans.). Venezia: Marsilio (Original work published 1980).
- Modell, H.M. (1992). *Psicoanalisi in un nuovo contesto* [Psychoanalysis in a New Context] (F. Ortu, Trans.). Milano: Raffaello (Original work published 1984).
- Moscovici, S., & Farr, R M. (Eds.). (1989). *Le rappresentazioni sociali* [Social Representations] (S. Moscovici, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1984).
- Piaget, J. (1968). *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo* [the birth of intelligence in the child] (A. Mennillo, Trans.). Firenze: Giunti Barbera (Original work published 1937).
- PDM, Task Force (2008). *Manuale psicodiagnostico psicodinamico* [Psychodynamic Diagnostic Manual] (F. Gazzillo, R. Pacifico & A. Tagini, Trans.). Milano: Raffaello Cortina (Original work published 2006).
- Vari, R. (2011) Intervento psicologico breve e nuove domande nel centro di salute mentale [Short term psychological intervention and new demands in the Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1.102-120. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Vinegar, L.T., & Valsiner, J. (1992). *Children's Development within Social context*. Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum.