



Pensiero concreto e contesti: perché psicologo e medico sono mestieri diversi.

Dr. Luca Bellavita

Abstract

Questo breve scritto pone alcune questioni circa l'importanza della fase istituyente il rapporto tra utenza e Servizi di salute mentale. Tale incontro è abitato da fantasie e aspettative, costruite tra operatori e utenti, che possono essere pensate o agite. Nel secondo dei due casi, si produce un' operazione medica -non psicologico clinica- che può precludere lo sviluppo della domanda di chi si rivolge al Servizio, organizzando dimensioni emozionate di cronicità o dipendenza. Dimensioni, che trovano il loro senso esclusivo nel contatto continuativo Servizio-utente, ma non generano competenze trasferibili per dare senso a esperienze problematiche nel contesto di vita della persona.

Keywords: Diagnosi, psicopatologia, depressione, Servizi di salute mentale, psicoterapia breve.

...

In un Centro di salute mentale di una città del nord Italia...al ruolo di psicologo aggancio una metodologia di lavoro che declina obiettivi all'interno di 8 incontri. Un setting definito e concordato con gli utenti poggiando il senso di un intervento breve all'etica di un servizio pubblico. Rina (nome di invenzione), si rivolge al CSM lamentando insonnia e stati ansiosi che esplodono in pianti improvvisi sempre più frequenti. Mi viene presentata durante la riunione di "assegnazione casi" dal dott. F. (psichiatra) il quale, dopo una consulenza farmacologica, ravvisa un'utilità nell'offrire uno spazio psicoterapico alla donna. La proposta del dott. F viene accolta con favore da Rina. Usualmente durante l'assegnazione casi c'è una breve presentazione anamnestica del paziente con abbinata una diagnosi DSM IV. Provo a storicizzare l'esperienza d'incontro tra F e Rina (perché viene ora? Cosa cerca di ripristinare attraverso il servizio? Come simbolizza emozionalmente il servizio stesso?), nell'ipotesi che possa utilizzare queste emozioni per delimitare un campo relazionale da approfondire e anche per trarre indizi circa la domanda che mi rivolge il dott. F; ho la sensazione che il mio tentativo fallisca. Il dott. F. legge la domanda in termini di mito¹:

- 1) è sempre stata ansiosa;
- 2) è stata adottata; padre adottivo abusante-> traumatizzata nel contatto con l'altro;
- 3) individuo/ non relazioni;

Quindi Rina ha una qualche forma di **strutturazione della malattia**.

Esercitare una funzione psicologica nella fase istituyente il rapporto con l'utenza (sviluppare un pensiero sulle emozioni vissute come minacciose o confusive dando loro nome e storia entro i rapporti; definire col cliente categorie che orientino ad uno sviluppo della domanda portata, ecc...), è sostituito dall'esercitare una funzione medica (anamnesi/diagnosi /terapia/prognosi). Diviene quindi coerente, nel vissuto sia degli operatori del CSM che degli utenti, una **scomposizione** tra colloquio di accoglienza e presa in carico – se per questa intendiamo come sopra, un lavoro di riorganizzazione emozionale e di senso circa esperienze di vita sentite come problematiche-.

¹ Per mito si intende l'istituzione di un elemento organizzatore dell'emozionalità agita, che parla il linguaggio della cultura in cui il soggetto è iscritto (Carli, 2001, p. 30).

Come si esprime questa scomposizione? Nel primo incontro c'è il significante condiviso- tra operatore e utente- di un male estraneo da rimuovere, che attacca un paziente passivo al medico investito di un potere terapeutico; negli incontri di psicoterapia invece, io convoco la persona che ho di fronte ad esplorare il senso di quella sofferenza entro il suo contesto di vita, i suoi rapporti, il nostro incontro in primis: ciò implica una posizione attiva e un'assunzione di responsabilità del proprio soggettivo desiderio di comprendere. Insomma, la proposta relazionale in quest'ultimo caso è stare emozionalmente dentro, non fuori i rapporti.

L'ambiguità collusiva, non parlata nel primo incontro tra utente e servizio ("ti curo io, lascia fare a me e non ti preoccupare"), annega la relazione in psicoterapia. Se si rafforza un'alleanza amicale contro il nemico malattia, si agisce un intervento medico orientato a far fuori la cosa terza: la relazione tra le proprie emozioni e i contesti di vita: a che serve pensare emozioni quando si può interpretare un ruolo preconfezionato? Il mio problema lo risolve il tecnico dotato di un sapere-potere! Posta la delega, diventa pertanto centrale e complesso nell'intervento di cui scrivo, ristrutturare la categoria del limite di realtà (es: servizio con risorse scarse per definizione), recuperare con fatica e con tutte le angosce depressive ad essa collegate, una polisemia emozionale sfaccettata quanto imprevedibile. Fuori dal ruolo rassicurante ma asfittico del malato (che per quanto riguarda la psiche ahimè, non produce sviluppo), c'è da riorganizzare una domanda di senso che significa mettersi in discussione, implicarsi nel capire come si giocano i rapporti ma anche aprirsi alla possibilità di contattare un proprio desiderio, vivendolo nella realtà.

Questa scissione tra momenti di un processo unico proposta dal servizio, collude con la strategia difensiva di Rina di separare le sue emozioni dai contesti in cui le vive. Da una parte: sintomi-medicina-trauma-diagnosi-natura individuale; cose che sembrano fatti autoevidenti e non pensabili. Dall'altra parte: emozioni-storia-relazioni; stati senza nessun rapporto ad un contesto di vita. Il servizio in maniera automatica, si colloca non come dimensione di simbolizzazione (dicendo al paziente: "queste emozioni ti dicono come organizzati il rapporto con gli altri e gli altri con te") ma come garante delle fantasie collusive dell'utente: "Si è rotto qualcosa? Bene.. e noi lo aggiustiamo!". Cosa aggiustiamo non ha importanza. L'importante è che tu abbia una rassicurazione: questo apre il problema della cronicizzazione. Perché il trucco funziona solo nel rapporto collusivo col servizio (maternage), fuori si ripresenta l'assenza di senso e quindi una realtà persecutoria.

A maggior ragione in un intervento breve assume fondamentale rilievo l'apporto di chi accoglie la domanda dell'utente. Pensando uno spazio di 8 incontri, aprire una cornice di senso (una pista mi verrebbe da dire) nella "preparazione" al primo colloquio discutendo con l'equipe, sollecita interrogativi possibili sui quali orientarsi quando si vede il paziente.

Stralci da una psicoterapia breve

Contatto Rina telefonicamente dopo che il dott. F. le aveva anticipato chi fossi. Mi presento e fissiamo un appuntamento. Rina è puntuale, la invito ad accomodarsi in stanza e rimango in silenzio; la mia attesa in questo contesto, segue l'ipotesi di istituire una relazione in cui si disattenda la fantasia oracolare o la dipendenza dal tecnico *che sa*, per convocare l'altro a farsi carico di costruire una integrazione tra la mia competenza e la sua. Lei inizia a parlare dei suoi sintomi: insonnia, attacchi d'ansia, dissociazioni; rappresentandoli in una dimensione di ciclicità quasi "fisiologica". Sembra preoccupata di rassicurarmi sul beneficio trovato nel sostegno farmacologico, tengo a mente questa rassicurazione come indizio. Allude a una storia di vita costellata da momenti di sconforto che poi vanta di aver superato con la sua forza di volontà. Lì con me, sembra concedersi e al contempo chiedermi, uno spazio nel quale fermarsi a dare un senso a questo apparente eterno ritorno dell'uguale. Provo a storicizzare: "Quando ha deciso di chiamare il CSM?" (questa domanda apre un mondo emozionale la cui portata mi sarà più chiara nei colloqui successivi). Rispondere sembra essere difficile per Rina, effettua un movimento che definirei "dispersivo", divaga non aiutandomi a comprendere il contesto nel quale si decide a contattare il CSM. Allora, cerco di invitarla a recuperare un frammento di realtà: "Ricorda se si trovava in qualche luogo in particolare?" Rina si trovava nella palestra di Karate del figlio, luogo che capirò essere un riferimento affettivo importante, poiché la donna è un' ex atleta (ora organizzatrice di eventi e gare) oltre che *madre di Max un ragazzo adolescente*. Mi sembra una pista: inizio a esplorare il rapporto tra Rina e Max e Rina mi parla di una difficoltà di rapporto con il figlio. Infatti i movimenti emancipativi di Max e i suoi disaccordi con i metodi educativi della madre le fanno temere il rischio di conflitto. Il rischio di conflitto a sua volta rimanda a Rina un rapporto tra soggetti separati con desideri diversi. Ciò la richiama a farsi carico di un suo desiderio, comodamente eluso fino a quando si era organizzata nel ruolo prevalente di madre: "Cos'è la mia

vita oltre il *soddisfare i bisogni*² di Max?” Questo cambiamento del rapporto che Rina avverte, la disorienta e la spaventa: “Ho sempre paura che a mio figlio accada qualcosa di brutto”. Queste angosce paranoide, collocate all'esterno, allontanano la depressione e l'integrazione: “Non sono io che attacco Max per questo suo strappo alla nostra fusione ma è il mondo fuori che lo minaccia!”. Da un lato Rina incoraggia l'autonomia di Max dall'altro sembra trattenerlo rabbiosamente a sé; vale a dire: “Dove vai senza di me? Rimaniamo una cosa sola!”.

Questo *tira e molla* lo gioca anche con me, un pò rimane dentro la relazione, un pò sembra sabotare l'idea di lavorare insieme: “ma in fondo questo momento è come un raffreddore, passerà da solo” oppure: “ma secondo lei ha senso continuare gli incontri?”. Mi sento provocato (questa emozione credo abbia molto a che fare con la fantasia che esistano delle tappe evolutive prefigurate nella relazione terapeutica; il bisogno di Rina di stare sulla cosa concreta, “il raffreddore”, eludendo tutto il lavoro di simbolizzazione portato avanti nell'arco degli incontri mi è sembrato una “involuzione”). Rina mi parla di alcuni progetti lavorativi accarezzati e poi abbandonati e io le resituisco quello che provo contestualizzandolo:

P: “A me sembra che lei stia riproponendo qui con me lo stesso schema che usa con i progetti a cui è affezionata e che poi abbandona sul nascere: quale paura c'è nel dedicare degli spazi a sé stessa?”

Rina mi parla della solitudine che affronta negandola in maniera onnipotente; anticipare il desiderio dell'altro è un modo per mantenere l'illusione della fusione perfetta. Lei c'è sempre per tutti, sacrifica le sue priorità per i suoi familiari: Max e il marito.

R: “Devo sempre essere presente e reperibile, ho sempre paura che a mio figlio possa accadere qualcosa”, qui sento rabbia. La associo alla ferita depressiva che Rina prova quando vive la sua solitudine (che lei mi riporta come senso di abbandono). Oltre lo strappo però Rina, durante le sedute, sembra incuriosirsi anche alle possibilità che offre la sua solitudine e in particolare alla scoperta della pensabilità di un suo desiderio.

Nel corso degli incontri...

Rina rivendica con orgoglio la possibilità che si è concessa di “dedicar-si un momento per sé” (la terapia) e, divertita, mi fa notare come ha persino spento il cellulare (avevamo in sedute precedenti dato senso al suo doversi sentire sempre reperibile al cellulare -avere una cordicella fuori dalla

² “Soddisfare i bisogni” nelle parole della paziente rimanda ad **un sapere che prescinde dalla domanda**, è quindi, minacciato dal disaccordo.

porta- come modo di agire un suo diniego onnipotente di essere mancante e limitata). Esploriamo il suo interesse a ricevere, magari da me in quel momento, oltre che a dare in maniera difensiva.

La collusione fusionale madre-figlio della quale Rina mi parla come un “desiderio unico” mostra sempre più le sue crepe. Rina mi racconta l’episodio della macchina: “ ero in ritardo per una commissione e ho chiesto a Max se poteva prendere il bus per tornare a casa, alla fine ho ceduto e mi sono fatta in quattro”.

Le chiedo:

cosa ha provato lei? -> disagio

e cosa pensa abbia provato suo figlio-> disagio

e dopo la sua scelta di assecondarlo lei cosa ha provato? -> rabbia

e lui?-> sollievo.

- 1) Max cresce e dichiara un suo desiderio; si fa promotore di una solitudine/separazione;
- 2) Si presenta in Rina la sconfirma del suo ruolo di madre oblativa;
- 3) Rina inizia a sentire un’ esigenza di legittimare un suo desiderio;
- 4) Rina si sente portatrice di desiderio pericoloso/distruittivo; mi riporta un’aspettativa di essere castrata: la pensi diversamente da me = sei cattiva= assenza di rapporto; e non un modo di stare in rapporto che passa per la separazione e il disaccordo. Rina configura anche il desiderio dell’altro come portatore di “un pacco”; abbiamo molto parlato di questo modo di eludere lo scambio rappresentandolo come una fregatura, ancorandolo alle sue esperienze di figlia.
- 5) Inoltre Rina vive una dimensione lavorativa obbligante e asfittica (non si diverte a fare la badante, si impegna solo per ragioni economiche). Tempo prima la donna rivestiva in una azienda un ruolo amministrativo nel quale aveva radicato una identità professionale gratificante che poi ha abbandonato per seguire il marito a causa di un trasferimento di lavoro. Per la bonifica del desiderio dell’ altro vissuto come una minaccia, Rina agisce una anticipazione sacrificale: “ti do quello che vuoi e non ti contraddico” ma ciò si traduce in un vissuto di impotenza e assenza di senso.

BIBLIOGRAFIA

Barthes R. (1957), *Miti d'oggi*, trad. it. (2005), Einaudi, Torino.

Carli R., & Paniccia R. M. (2012). *La Cultura dei Servizi di Salute Mentale in Italia*. Franco Angeli, Milano.

Carli R., & Paniccia R. M. (2012). *Malattia mentale e senso comune*. Rivista di Psicologia Clinica N° 2.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale”. Rivista di Psicologia Clinica, N° 1.

Di Ninni A., et al. (2014). *Nuovi setting della psicoterapia psicoanalitica entro i Centri di Salute Mentale*. Rivista di Psicologia Clinica N° 2.

Fornari F. (1985). *Affetti e Cancro*, Raffaello Cortina, Milano.

Vari R. (2011). *Intervento psicologico breve e nuove domande nel centro di salute mentale*. Rivista di Psicologia Clinica, No 1.