8/11/2019

Resoconto di tirocinio presso un CSM della Asl Roma 1.

Alessio Civerra- gruppo L.

Introduzione
Un obiettivo che mi sono dato nel tirocinio in psicoterapia è quello di capire come funziona il CSM quale servizio che coordina l'intervento territoriale psichiatrico.
L'ipotesi è che costruire categorie di lettura dei problemi con cui si confronta questo contesto possa essere utile all'interno del lavoro che svolgo nei servizi residenziali e domiciliari che collaborano con i CSM.
Rifletto su alcune fantasie che hanno caratterizzato il mio tirocinio in rapporto al lavoro. Il CSM sembrava il luogo dove poter finalmente vedere l'inizio, dove si può o costruire una domanda o avviare la carriera psichiatrica, in contrapposizione ad un dopo vissuto come problematico e "irrimediabile" all'interno di questa scissione.
Riprendo alcuni accenni al mandato del CSM per contestualizzare questa fantasia: **"***Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Svolge attività e servizi per la promozione e la tutela della salute mentale, sia individuale che collettiva, garantendo ai cittadini i livelli di assistenza attraverso prestazioni preventive, di cura e riabilitazione. Inoltre, coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche".*
Dentro la continuità, o confusione, tra disagio psichico e malattia mentale penso al CSM quale contesto dove avviene la traduzione, e medicalizzazione, della domanda psicosociale in malattia mentale, grave o comune che sia.
Mi muovo così tra fantasie fataliste e l'ipotesi per cui i problemi su cui intervenire siano il risultato di come i servizi costruiscono la domanda in rapporto ai clienti.
Il CSM in cui svolgo il tirocinio in psicoterapia è afferente alla ASL ROMA 1, nel territorio di Cornelia nel corso di un anno e mezzo si sono verificati molti cambiamenti, come il consistente turn over del personale e del responsabile del servizio.
Attualmente l'equipe è composta da responsabile, 6 psichiatri, 6 infermieri, 2 assistenti sociali, 2 psicologi e 6 tirocinanti psicologi, con più di 800 utenti.
Questo CSM è "gemellato"con un altro collocato a Prima Valle. I due servizi, un tempo accorpati, si sono dislocati in due territori differenti, mantenendo in comune il responsabile, la caposala e il servizio di accoglienza, che si svolge nella sede di Prima Valle, ma a cui partecipa a rotazione il personale di entrambi.
Con il Tutor concordo una partecipazione di due giorni a settimana, uno dei quali in concomitanza della riunione di servizio settimanale e della riunione tra tirocinanti e tutor.

Riunioni di equipe.
Inizio partecipando alle riunioni di equipe quale momento istituito in cui l'organizzazione si propone di pensare il proprio lavoro. Un vissuto generale è quello di affaticamento rispetto al lavoro e al numero di utenti per cui non si hanno risorse sufficienti, ma nel mio caso è difficile capire il più delle volte dove mi trovo e di cosa si sta parlando. Tratto questi miei vissuti come indizio: distinguo due diversi assetti emozionali all'interno del gruppo in base alle questioni trattate. Da un lato quando si parla dell'accoglienza e del rapporto con altri servizi, dall'altro quando ci si confronta sul lavoro con l'utenza già seguita.
Nel primo caso sento che ci si riconosce in un gruppo, un servizio che si interroga sulle proprie funzioni, sui propri limiti e specificità. Nel secondo caso invece, sento la tendenza a funzionare come sommatoria di specialisti ambulatoriali, dove convocarsi in un assetto di riscontro individuale.

Accoglienza.
Solitamente, nel momento iniziale della riunione, gli operatori che nella settimana si sono avvicendati nell'accoglienza riportano i nuovi accessi al servizio. Faccio riferimento sia alle persone che dopo dei primi incontri in accoglienza vengono presi in carico, sia ai pazienti ricoverati in SPDC e direttamente inseriti nel servizio. Il criterio di assegnazione utilizzato è quello della "ruota", che probabilmente serve a eliminare le differenze nel gruppo, così che per ogni paziente viene individuata un'equipe multidisciplinare composta da psichiatra, psicologo, infermiere e assistente sociale.
La responsabile dell'accoglienza si lamenta degli accessi eccessivi, un appuntamento dietro l'altro, tanto che nel parlarne in riunione di equipe sente il rischio di confondere i vari nuovi richiedenti. "Si sarà sparsa la voce" mi dice un giorno un infermiere quando gli chiedo a cosa può essere dovuto questa estesa richiesta al CSM, ricordando che prima si lavorava con utenza più omogenea e limitata. Sembra che gli utenti portino il

medesimo problema, la "malattia mentale" secondo i criteri di lettura psichiatrica, ma all'interno di contesti sociali e familiari isolati, a rischio di violenza, entro conflitti dovuti all'improduttività ed emarginazione.
Ci sono però alcuni indizi: parlando con una psichiatra riguardo al cambiamento delle questioni che si presentano al CSM, rileva che sono in aumento le richieste da parte del tribunale dei minori, oltre che alle certificazioni varie.
Uno dei principali problemi nominati è che l'accoglienza è dislocata dal servizio, che in realtà sembra un modo per esprimere la difficoltà a tracciare criteri condivisi; un'assenza che sollecita diffidenza. Gli accessi diretti tramite SPDC non fanno problema, poichè presuppongono un processo di diagnosi e di trasformazione in paziente già avvenuto; diverso è l'accesso tramite accoglienza, in quanto sembra organizzare differenti culture in conflitto intorno al tipo di problemi di cui il servizio pensa di occuparsi.
Per molti mesi si è dibattuto intorno al tema l'accoglienza come contesto in cui costruire attese nel rapporto tra servizio e cittadini.
Se penso alla cultura della diagnosi come fondata sul riconoscimento del segnale di malattia mentale in rapporto a un'estraneità che agisce una domanda al CSM, si può leggere la funzione accoglienza attraverso la teoria della detezione del segnale, poichè in questo caso, a differenza dell'invio dall'SPDC, ci si confronta con una situazione di incertezza nel rapporto con i cittadini.
Le culture delineate potrebbero essere due: una che teme il falso negativo, che sarebbe la cultura della prevenzione, dove la neoemozione principale è la preoccupazione per il riconoscimento precoce degli esordi. Questa è la cultura della medicalizzazione che rilegge problemi relazionali e sociali in individuale esordio di malattia potenziale, quale presupposto prerequisito per l'intervento del CSM. Qui DEC e malattia mentale grave non sono due macro aree qualitativamente differenti, ma sono vissute in un continuum: come a dire che i DEC possono diventare con il tempo casi gravi.
L'altra che teme il falso positivo, che sarebbe quindi la cultura del CSM che si occupa di selezionare unicamente gli utenti "gravi" da quelli che presentano disturbi emotivi comuni. La neoemozione principale è quella del controllo degli accessi, dove il nemico è l'accesso "impertinente" che appesantisce il servizio e le sue scarse risorse. Questa è la cultura che vive le risorse come scarse e che, differenziando i DEC dai disturbi gravi, dichiara il proprio mandato coerente solo con questi ultimi, dove all'accoglienza viene affidata una funzione cuscinetto per preservare nucleo tecnico.
Queste sono due culture dell'accoglienza in conflitto; una esplorativa ma vissuta come inclusiva, una esclusiva (o automatizzata).
Infine c'è una terza possibilità, che negli ultimi tempi si è sostenuta maggiormente, ovvero quella di istituire l' accoglienza quale contesto in cui occuparsi delle domande in modo alternativo alla medicalizzazione, espressa nella dicotomia "o dentro o fuori", ma in un assetto di consulenza entro limiti, anche di tempo, differenziandosi dalla "presa in carico" che sembra prospettare un rapporto "vita natural durante".
Riguardo al rapporto con servizi esterni e con i limiti dell'intervento psichiatrico, sembra ci siano tre "gruppi" di utenti problematici: le così dette "psicopatie", le "doppie diagnosi", i "disturbi di personalità". I primi sono i casi che intersecano questioni di medicalizzazione e questioni di giuridificazione. I secondi si riferiscono a persone con diagnosi psichiatrica e al contempo seguite dai servizi per le tossicodipendenze per il consumo di sostanze, dove il problema cortocircuita tra CSM e SERD sullo sciogliere il dilemma riguardo al definire se è l'uso di sostanze a causare i problemi psichiatrici o se sono questi ultimi a causare l'uso di sostanze, in un rimpallo infinito, vittime della scissione costruita da queste stesse categorizzazioni. Gli ultimi riguardano quei problemi dove la farmacologia sembra servire limitatamente, dove fallisce la relazione medico paziente. Torna alla mente una battuta che sento spesso al CSM: "il disturbo di personalità non si nega a nessuno!".
Credo che questi tre "gruppi" di utenti parlino di cambiamenti rilevanti, riguardo i limiti della medicalizzazione in alternativa alla giuridificazione, l'inedita "convivenza" all'interno del DSM con i SERD e la progressiva inclusione dell'uso di sostanze tra le forme di "malattia mentale", infine all'investimento sulla farmacologia quale intervento esaustivo. Al fianco dell'incombente fantasia "risolutiva" attribuita ai farmaci, c'è un'industria farmaceutica che è in continua produzione di nuove formule, ne è un indizio la costante presenza al CSM di informatori farmaceutici.

Casi individuali.
Un assetto differente invece lo vivo quando in riunione si discute di utenti già seguiti. In questi casi faccio fatica ad avere a mente il processo di intervento. Se vogliamo parlare di fatti, da un lato è perchè le mini equipe si aggiornano quotidianamente e le funzioni attivate sono le più diverse e variabili, dall'altro perchè la mia presenza al CSM è limitata ad un giorno a settimana, questo implica che molti momenti non istituiti (e forse per questo preziosi) sono difficili da partecipare. Il problema è il vivermi la riunione di equipe come contesto dove non sempre è possibile condividere un pensiero sulle metodologie di intervento del servizio, alternativa alla cultura del "a ognuno il suo e Dio per tutti" finchè non diventa urgente convocare i colleghi in un assetto di richiesta di riscontro sulle azioni da effettuare. A volte riguardo casi di cui non si sente più

parlare dal momento dell'accoglienza, nella difficoltà di recuperare entro quali processi e sviluppi si convoca il servizio.
In alcuni momenti ho il vissuto che si abbia a che fare con una sommatoria di "casi" che sembrano irriducibili tra loro, come sembrano una sommatoria anche le diverse figure professionali del CSM. Penso agli interventi in cui sono implicato come tirocinante e di cui non ho ancora resocontato in riunione di equipe; fatico nell'utilizzare quel momento quale contesto in cui costruire delle categorie trasversali per leggere la variabilità e le ricorrenze dei problemi portati dagli utenti con cui ci si confronta. Come a dire che le famiglie felici si somigliano tutte, ma quelle infelici lo sono ciascuna a modo proprio.
Un primo ancoraggio utile lo trovo nella territorialità del CSM. Se non intesa quale arbitraria divisione della popolazione residente, una funzione sviluppabile può essere la conoscenza del territorio quale contesto sociale e culturale entro cui sono inseriti i servizi, come anche i problemi di chi al servizio si rivolge.

Tirocinanti del tutor, tirocinanti del servizio.
Coerentemente con il vissuto di individualismo e ambulatorialità nelle riunioni di equipe, anche all'interno delle prime riunioni tra tutor e tirocinanti sento che c'è una fretta di trovare dei casi da assegnare, come a dover trovare un oggetto di cui poter parlare, tanto da farmi la fantasia che, a volte, il tutor abbia proposto agli utenti di iniziare degli incontri con i tirocinanti più per rispondere alla domanda sua, e quindi del servizio, di capire come stare in rapporto con questi ultimi, piuttosto che in relazione ad ipotesi di intervento. Ne è un riscontro, nel corso dei mesi, la progressiva diminuzione della frequenza alla riunione da parte di molti dei tirocinanti in seguito all'assegnazione di pazienti, tanto da passare da 8 a 2 partecipanti alle riunioni con il tutor.
Alcune di queste volte è capitato che il tutor mi invitasse a leggere con lui alcuni articoli riguardanti dei suoi autori di riferimento. In quei momenti ho vissuto un isolamento dal resto del servizio, come se stessimo agendo il vissuto degli psicologi all'interno del CSM, dove la fantasia è quella di ritagliare uno spazio scisso e consolatorio, la così detta clinica, dove poter finalmente coltivare un interesse particolare e inutilizzabile rispetto al resto del lavoro di quel contesto. La questione centrale è che funzione ha la psicologia all'interno del CSM.
Nonostante queste fantasie, nel tempo si è costruita un'affidabilità con alcuni psichiatri e assistenti sociali per cui ho iniziato a lavorare con loro. Questo sembra essere una verifica del passaggio da tirocinante del tutor a tirocinante del servizio, anche grazie all'utilità dell'operazione fatta dal tutor di organizzare il gruppo tirocinanti, occupandosi dello sviluppo della sua funzione nel CSM, altrimenti lasciata all'inziativa individuale.
Parlerò adesso di 3 diversi interventi di cui mi sto occupando, scelti a partire dalle questioni trattate fin'ora.

La signora che voleva "na cosa psicologica".
Una psichiatra del servizio mi chiede di aiutarla con una paziente che segue. Mi racconta che la signora T. ha 52 anni, è divorziata, con due figli con cui non ha più rapporti perchè convinta che l'ex marito li abbia messi contro di lei. Lavora presso una mensa di un grande ospedale romano dove dichiara di aver subito mobbing. T. arriva qualche tempo prima al CSM, dopo la consultazione di uno psichiatra privato per via di attacchi di panico. Sembra che, in una di queste occasioni, si sia recata al pronto soccorso dove alcuni esami approfonditi hanno riscontrato la presenza di segni residuali di pregresse patologie Da lì T. ha iniziato un lungo giro di specialisti per la preoccupazione del suo stato di salute che, da quel momento, ritiene essere il responsabile degli stessi attacchi di panico, fin quando un neurologo, esasperato, le ha consigliato di rivolgersi al CSM, dopo l'ennesimo tentativo di tranquillizzarla sul suo quadro medico. La psichiatra ha da poche settimane "ereditato il caso" da un collega trasferito in un altro servizio. Contatto la signora che dichiara di voler effettuare degli incontri per occuparci degli attacchi di panico,"mi serve na cosa psicologica". All'incontro arriva con mezz'ora di ritardo e inizia a parlare come se fosse un monologo. Dice che è tutto iniziato a causa del mobbing sul lavoro, dove il nuovo capo l'ha presa di mira. Ha iniziato ad avere forti mal di testa e attacchi di panico che l'hanno portata a scoprire le infinite malattie che descrive quasi come trofei. Dichiara che ha sempre avuto gli attacchi di panico, ma che ultimamente teme siano sintomi che annunciano l'imminente morte, nonostante le rassicurazioni di vari medici. Sul lavoro riesce ad avere numerosi permessi e facilitazioni, anche grazie al medico competente dell'ospedale, a cui si rivolge quando sente ansia. Le chiedo del lavoro come unico contesto di realtà su cui sembra articolarsi una domanda. Racconta di un recente cambio di cooperativa nell'appalto per la gestistione della mensa ospedaliera. A differenza dei suoi precedenti colleghi, lei è l'unica ad essere stata riassunta con la nuova cooperativa, verso la quale prova "antipatia", criticandone la nuova gestione delle mansioni, più che altro perchè sono diverse da quelle a cui è sempre stata abituata. Per questo quando si ritrova impegnata in qualcosa che non approva comunica di sentirsi in ansia e non la fa. Il suo capo la prende di mira per questo.
Ho l'impressione che T. da un lato mi proponga una centratura su caratteristiche individuali immodificabili, ad esempio l'ansia, dall'altra sull'impotenza che vive sul luogo di lavoro dove la medicalizzazione dei

conflitti le permette, tramite la pretesa data dal ruolo di "malata", di agire fantasie onnipotenti. Alla fine del primo incontro le propongo di capire cosa succede nel contesto lavorativo per occuparci dello sviluppo dei rapporti con i nuovi colleghi. La signora inizialmente concorda. Richiamerà al CSM il giorno dopo per dire che non ha tempo per poter proseguire il lavoro insieme. Parlando con la psichiatra le dico che l'impressione è che la signora T. volesse che certificassi e avallassi i suoi problemi. Alla psichiatra torna alla mente che una delle prime richieste rivolte al CSM era appunto un certificato.

M. e la paura di contaminazione.

Un giorno uno psichiatra, facendo capolino sul corridoio, mi chiama nella stanza, lì c'è seduto un uomo a cui mi presenta con un "ecco lo psicologo che chiedeva". Dopo un primo momento di sgomento da parte mia, ci sediamo e mi spiega che il lì presente M. è un suo paziente di lunga data che ha chiesto di fare alcuni incontri con uno psicologo per trattare le ossessioni di pulizia. In passato aveva già fatto degli incontri con un'altra collega del CSM in cui hanno lavorato a "strategie" per ridurre i rituali, fin quando non è andata in pensione. M. assiste impassibile alla scena, come se concordasse pienamente con tutto quello che stava spiegando lo psichiatra, poi afferma che si aspetta che, iniziando degli incontri con me, potrà progressivamente interrompere i farmaci. Lo psichiatra sembra colto alla sprovvista e prontamente ristabilisce che le due cose non si escludono. M. annuisce, non aggiunge altro. Ci lasciamo con la proposta di lavorare per dieci incontri. Una proposta questa avanzata da me più per arginare il mio vissuto di fregatura che per un pensiero sul senso di quel limite. Subito dopo l'incontro chiedo un po di M., lo psichiatra lo conosce da diversi anni anche se sembra sia un rapporto diradato e altalenante. M. abita con i genitori. La madre di M. è affetta dalla sindrome di Alzheimer, il padre è a sua volta un paziente del CSM da quando, in concomitanza della diagnosi ricevuta dalla moglie, comincia a manifestare "deliri" ipocondriaci (oppure paura di ammalarsi come lei). I tre vivono insieme e la quotidianità si organizza intorno all'accudimento dell'anziana donna. Aggiunge che M. accede al servizio poichè inizia ad attuare comportamenti ripetitivi di lavaggio delle mani durante il lavoro, che all'epoca era quello di vigilantes. Attualmente lavora saltuariamente come pony express presso una pizzeria. Nell'ultimo periodo M. riferisce di non riuscire più a dormire per via dei suoi pensieri e rituali, inoltre questi ultimi sembrano essersi incrementati in seguito a un rapporto sessuale avuto con una prostituta, da cui teme aver contratto malattie infettive. Nei giorni successivi lo psichiatra mi chiede più volte se la mia è una scuola cognitivo-comportamentale, per poi ribadire che con M. hanno avuto molto successo le tecniche cognitivo-comportamentali. Dato che questa scena si è ripetuta uguale diverse volte ho pensato che, più che una domanda, quella dello psichiatra fosse un'indicazione. Credo anche che fosse preoccupato per me, forse consapevole della solitudine e frustrazione che lo ha spinto a chiedermi di collaborare a questo caso, e che sarebbe potuta diventare anche la mia, senza una competenza appropriata.

Incontro M. con la fantasia di capire i rituali, ma sembra essere una questione che non gli riguarda: fin dai primi incontri sembra obnubilato dai farmaci e dal sonno che perde tutte le notti, questo è il problema che porta esplicitamente. Non parla e mi fissa, come se si aspettasse istruzioni. Ricorda il corpo inanimato della medicina, perfetto per l'intervento tecnico. Parliamo delle sue attese, si aspetta che gli insegni qualcosa per calmare i suoi pensieri che lo tengono sveglio, "ripenso a quello che mi succede il giorno". Approfondendo, quello che succede il giorno è una routine di fatti: fare la spesa, cucinare, lavarsi le mani poichè la "casa è sporca", occuparsi della madre. M. mi propone un'apatia che mi angoscia, che forse rivela la sua angoscia coperta dall'apatia. Chiedo allora come si vive la situazione della madre, mi risponde "normale". Ripenso alla sostituzione fatti vissuti: lavarsi le mani come modo di liberarsi di vissuti. Con molta fatica cerco di proporre un'attenzione alla motivazione di questi comportamenti piuttosto che alla fantasia di estinguerli, ma mi accorgo che forse c'è un limite: i nostri incontri si ripetono uguali, dopo qualche minuto sembra esaurirsi in un "tutto normale" e lunghi momenti in cui mi fissa catatonico. Con il tempo riusciamo a capire che, quando è fuori casa, M. non ha paura di essere contaminato, ma non andiamo oltre, anche se la fantasia che faccio è che i vissuti riguardanti il suo contesto familiare siano imparlabili. Mi sento impotente. Comincio a pensare che attualmente quello dei rituali e dei pensieri siano un pretesto buono per iniziare un rapporto con chi sà vedere solo quelli, nella difficoltà di riconoscermi la fantasia di remissione dei sintomi se attribuita a M. Nel momento in cui smetto di credere che M. voglia "unicamente" occuparsi di questi aspetti, sento che il nostro rapporto cambia. Cominciando a parlare degli altri contesti che frequenta, appaiono le consegne che fa in pizzeria, qualche apparizione ad un bar sotto casa, e alcune attività che ormai non fa più. Parliamo di calcio, di film in uscita nelle sale. Timidamente si vedrebbe a intraprendere alcuni hobby ma è immediato riconoscere il problema dell'assenza di rapporti entro i quali condividerli. Sembra amareggiato e sfiduciato. In quest'ottica anche l'ossessività può essere riletta come l'agito che nega la rabbia del sentirsi soli e in pericolo. A questo punto faccio l'ipotesi che M. non volesse parlare con uno psicologo dei suoi rituali ma che, utilizzandoli, volesse relazionarsi con qualcuno, dove lo "smettere i farmaci" avrebbe significato smettere il rapporto con lo psichiatra, sotto questo aspetto saturo. Considerando che il limite di incontri stava per finire e che intanto lo psichiatra si sarebbe trasferito in un altro servizio, con molti dubbi scelgo di perseguire questa ipotesi, pur sapendo che sono diverse le questioni che riguardano M. Penso al CSM come

contesto che sollecita la fantasia di cura, in discontinuità con il Centro Diurno meno medicalizzato capace di prendersi cura. Ci proponiamo con lo psichiatra di costruire un invio al Centro Diurno, con l'ipotesi che possa essere un contesto non medicalizzato dove poter costruire rapporti intorno ad alcuni interessi di M., piccolo ma prezioso prodotto del nostro lavoro, dove la continuità e quotidianità del rapporto con gli operatori possa essere affidabile, così da poter anche fare manutenzione della situazione familiare di M., vissuta come a rischio di deterioramento. Quando lo propongo a M., la sua reazione sembra essere di interesse, tanto da dimenticarsi le agognate strategie che chiedeva. Ci rechiamo insieme al Centro Diurno resocontando agli operatori del servizio il processo che ci ha portato fin lì.

Madre e figlio...e CSM.

L'anno scorso una psichiatra del PIPSM contatta il CSM per il trasferimento di un paziente che ha raggiunto l'età di 25 anni, limite anagrafico dell'utenza per quel servizio. In riunione di equipe racconta di G., che all'età di 8 anni "riceve" la diagnosi di Asperger, seguita poi da variazioni continue nel corso del tempo. Al PIPSM arriva negli anni in cui frequentava le scuole superiori. I genitori di G. sono divorziati, il padre risposato e con un figlio dal nuovo matrimonio. Il divorzio è stato violento, con denunce e intervento del tribunale, con processi ancora in atto. S. la madre di G., lavora come insegnante in una scuola. Anche lei conosciuta dai servizi da diversi anni, con una diagnosi di disturbo ansioso n.a.s (non altrimenti specificato), e alcuni ricoveri in SPDC. Attualmente i due vivono insieme.

G. viene descritto da un lato come una persona che fa tenerezza, dall'altra nelle sue bizzarrie, come quella dello sputare a terra o quella di conservare la saliva in tasca, nell'attesa di avere sotto mano una tela su cui utilizzarla per dipingere.

Infine sottolinea quanto il rapporto tra S. e G. sia problematico, poichè S. intrude violentemente nella vita di G. A tal proposito la psichiatra racconta di come G. si sia invaghito di una paziente del PIPSM che non ricambia l'interesse, così S. da allora finge di essere la ragazza in questione, intrattenendo un rapporto tramite chat telefonica per non deludere le attese del figlio, fin'anche ad arrivare a dargli un appuntamento, a cui poi lui non si è presentato.

Arrivati così al CSM, a G. e S. vengono assegnate due equipe composte da psichiatra, psicologo e assistente sociale. Trascorre poco più di un mese prima che G. venga ricoverato nuovamente all'SPDC per via della tensione dovuta alla relazione telefonica con la "finta" ragazza.

Fin da subito S. propone nel rapporto con il CSM una preoccupazione per G. che si esprime in recriminazioni e accuse continue, nel ruolo della vittima abbandonata dai servizi. Intanto G., dopo il ricovero, progressivamente si affida nel rapporto con lo psichiatra del CSM. Inizia a frequentare il Centro Diurno, ma anche lì la madre cerca di ingaggiare a pagamento una partecipante di uno dei laboratori per uscire con il figlio.

Un giorno in riunione di equipe gli psichiatri di S.e di G. parlano del proposito di S. di partire per un weekend insieme al compagno e della sua richiesta di poter contare su un'assistenza domiciliare per G. in quei giorni, per evitare che rimanga da solo. Gli psichiatri hanno accolto la proposta di S. e chiedono se voglio occuparmene io, privatamente.

Mi accorgo che quello che vivevo come un caso come tanti adesso diventava una questione in cui mi sentivo implicato.

La proposta mi lusinga e mi confonde, come se il CSM riconoscesse in me un'affidabilità costruita nel lavoro di tirocinio ma che, negando quel mio ruolo, mi chiede di intervenire dentro un agito collusivo con S. Accetto, non avendo in mente cosa stesse succedendo, forse agendo anch'io la fantasia interventista obbligata. Credo che la giovane età di G. solleciti fantasie di "guarigione" dove, in modo complementare, l'emozionalità di S. venga condivisa collusivamente da parte dei servizi

Fissiamo un incontro al CSM con S., la sua psichiatra, G. e io, in veste però di psicologo privato, per organizzare l'intervento domiciliare. S. sembra spaventata a lasciare solo G., soprattutto durante la notte, ma più in generale è preoccupata poichè lui non lavora, non ha amici e a casa rimane nel letto tutto il giorno. S. continua per l'intera durata dell'incontro a investirlo di preoccupazioni e di rimproveri sul suo modo di comportarsi, per poi rinfacciargli che è passivo e taciturno. E' come se proponesse il problema figlio quale motivo del rapporto con il CSM, in un assetto recriminatorio, dove la sua emozionalità agita violentemente nel rapporto con G. non possa rappresentare oggetto di lavoro, pena l'interruzione del rapporto.

Parlando dell'assistenza, S. sembra preoccupata dello stato in cui verte la loro casa, del disordine, della sporcizia e dei gatti ostili. Faccio la fantasia che mi stia comunicando che mi sente come un valutatore verso cui prova ostilità. Concordiamo per un'assistenza di 3 notti in un weekend. Con grandi difficoltà S. riesce a partire. Nei giorni successivi mi telefona con insistenza per ricordarmi che in sua assenza G. deve fare "attività socializzanti" e quindi mi chiede di portarlo al cinema. Le rispondo che ne avremmo parlato con G. dell'organizzazione delle sere, allora mi urla "tutti che vogliono parlare con G. e nessuno con me, che so cosa gli serve!" Come a ricordarmi che parlando di G. parliamo anche di lei.

Penso che attraverso queste due proposte S. stesse esprimendo un vissuto di inadeguatezza, incapace di sostenere non solo la cura della casa, ma in generale la funzione fantasticata di madre. E' come se le emozioni che prova verso G. siano allo stesso tempo di preoccupazione e di vendetta poichè non è un figlio "normale"; espresse da un lato dalla responsabilità solitaria perchè diffidente, dall'altra dalla violenza agita con G., e con chi se ne occupa, come reazione all'impotenza dovuta al fallimento delle fantasie onnipotenti di determinazione della vita del figlio.
Condividiamo queste riflessioni con la psichiatra per ripensare questo intervento e per tenere a mente ipotesi utili per permettere a S. di vedersi fuori dal suo ruolo di madre, dove interrompendo la fusionalità possa riconoscere che quest'ultima nasconde la paura di rimanere da sola, di sperimentare la "solitudine" sul piano sociale, professionale, affettivo; ovvero le stesse paure che nutre nei confronti di G.
Intanto nei tre notti di assistenza domiciliare ho avuto modo di conoscere G., con i suoi orecchini finti ma che fanno tanto aria da duro. La prima sera mi dice che non ha bisogno del badante, ma il giorno dopo mi racconta della sua grande delusione d'amore, del suo ricovero, della sua passione per un gioco di carte in cui non se la cava niente male. Anche se sono uno scagnozzo mandato dalla madre sento che ha desiderio di parlare e coglie l'occasione, mi confessa che il suo sogno è diventare un cantante Trap e mi invita a guardare il suo canale youtube.
Dopo la pausa estiva pensiamo ad un incontro tra psichiatri del CSM, operatore del Centro Diurno, S.,G. per parlare di come sono andati i giorni di assistenza e per fare il punto della situazione in vista di sviluppi futuri. S. inizia accusando di incuria i servizi perchè ancora non hanno trovato un lavoro a G., dicendo che per questo non si fida di nessuno, che la prospettiva che G. costruisca una competenza a stare nei rapporti attraverso la frequentazione al Centro Diurno non le interessa. Dice che ha trovato alcuni concorsi per G. ma che serve qualcuno che lo aiuti a studiare. Dopo una serie di opzioni vagliate per il suo futuro lavorativo, riesce a confessare che di tutti quei lavori non gliene frega niente, che lo farebbe solo per guadagnare qualcosa tranquillizzando la madre, ma che in realtà vorrebbe fare il cantante, pur sapendo che non accadrà mai.
Dall'incontro sembra emergere che gli psichiatri del CSM si aspettino che il Centro Diurno aumenti la proposta di partecipazione a G., entro una problematica aspettativa di S. Questo sembra spaventare il Centro Diurno che in questa ambiguità si sente investito di una funzione finta e irrealistica, con la preoccupazione di assumersi, prima o poi, la responsabilità di problematizzare con S. e con il CSM tali fantasie condivise.

Conclusioni.
Le tre situazioni resocontate sembrano riguardare un'attuale domanda del CSM nei confronti della psicologia, che non si limiti all''occuparsi di quell'utenza che risponde alla dicitura di DEC. Una funzione formativa del tirocinio potrebbe quindi essere quella di partecipare alle diverse azioni su cui si fonda l'intervento del CSM con l'obiettivo metodologico di dotarle di senso, rappresentando un modo per sollecitare il pensiero sulle emozioni agite nel rapporto tra utenti e Servizi.