

La malattia mentale: occuparsene senza mandato

Di **Valentina Giacchetti***, **Sonia Giuliano***, **Onofrio Strignano***, **Andrea Civitillo***, **Marina De Bellonia***, **Chiara Giovannetti***

Abstract

Cosa si può fare con la malattia mentale nei contesti che non hanno mandato per occuparsene? Esiste l'idea che la malattia mentale sia circoscritta entro le famiglie o entro i luoghi deputati a trattarla, ma le persone che definiamo "con problemi di malattia mentale" frequentano la scuola? Lavorano? Chiedono documenti a un Comune? Pagano le tasse?

I contesti dei quali si parlerà (il carcere, la scuola, un ufficio ministeriale, alcuni reparti ospedalieri) sono concentrati su obiettivi altri dal trattamento del disagio psichico, ma come vedremo non sono estranei a situazioni di malattia mentale né sono estranei a tentativi di occuparsene.

Entro l'insieme delle possibili esperienze di contesti che abbiamo chiamato "senza mandato" si tratteranno alcuni casi nei quali la malattia mentale ha portato problemi difficili da affrontare, ma ha anche consentito di ridefinire gli obiettivi e l'organizzazione dei contesti che, incidentalmente, la incontrano.

Parole chiave: malattia mentale, mandato sociale, inclusione sociale,

Introduzione

Ci sono contesti che si occupano di malattia mentale e sono riconosciuti in una funzione operativa e professionale rispetto alla sua presa in carico. Ci sono contesti invece che se ne occupano, potremmo dire per ora, incidentalmente. Ci riferiamo a quelle organizzazioni che incontrano la malattia mentale pur essendo costruiti su funzioni e servizi "altri".

Esemplifichiamo con alcune domande.

La Scuola italiana è pensata appositamente per cooperare con docenti o lavorare con studenti che abbiano una qualche forma di disabilità mentale?

I contesti lavorativi, in azienda e nella Pubblica Amministrazione, come trattano le esigenze dei dipendenti e degli utenti con disabilità mentale?

Le istituzioni carcerarie come si occupano della malattia mentale che incontrano?

L'obiettivo di questo contributo è quello di proporre una visione della malattia mentale vista con gli occhi dei contesti che hanno un mandato altro da quello di cura.

Nello specifico vorremmo proporre un approfondimento su cosa la malattia mentale può diventare nelle strutture che non la trattano in quanto tale, ma la incontrano entro i propri obiettivi di funzionamento.

Ci collochiamo nel dibattito sui contesti che hanno un mandato produttivo o di servizio che interagisce con la cultura dell'inclusione sociale, cioè con l'obbligo a confrontarsi con le diversità.

Una delle caratteristiche del senso comune nei confronti della malattia mentale è quella di sviluppare una visione monocorde del malato come persona costantemente dedicata al proprio disturbo. Una risorsa che abbiamo riconosciuto nei contesti di intervento dei quali parleremo è il recupero di una considerazione tutt'altro che scontata: un malato mentale può essere anche, contemporaneamente, altro: uno studente, un lavoratore, un cittadino, un genitore, un attore.

Tratteremo i contesti nominati attraverso il resoconto di casi in cui la malattia mentale ha assunto la funzione di *analyseur*² rispetto ad impliciti organizzativi dei contesti, diventando un sintomo da eliminare o un'occasione per ripensare il rapporto tra organizzazione ed obiettivi.

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

La struttura della nostra proposta sarà divisa in due parti. Nella prima parte verranno esplorate alcune esperienze in contesti nei quali si sono sviluppati tentativi di trattare la malattia mentale; nella seconda parte vorremmo proporre delle considerazioni conclusive sul tema dell'occuparsi di malattia mentale nell'ottica di contesti non deputati a occuparsene.

Esperienze

Tra un insieme di esperienze e contesti che incontrano la malattia mentale abbiamo scelto i seguenti: la scuola, il lavoro, il carcere. Sono aree in cui le persone che scrivono, entro esperienze di lavoro o di tirocinio, trattano questioni relative alla malattia mentale. Nello specifico ci riferiamo a contesti che nell'incontro e confronto con la malattia mentale maturano una domanda per gli psicologi.

La Scuola

L'uguaglianza e la diversità rappresentano dimensioni particolarmente importanti per l'istituzione scolastica, che già negli anni '60 è stata oggetto di dibattiti e modifiche legislative inerenti il rapporto tra classi normali e classi differenziali³. Queste ultime si occupavano dell'istruzione dei bambini con disabilità fisiche o mentali, e più in generale di tutti coloro che non si adattavano a tempi e metodi delle scuole comuni⁴. Con la L. 517/77 tali classi vengono abolite; si prescrive così alla scuola il dovere di includere persone disabili nelle classi cosiddette normali: un anno prima che la Legge Basaglia contempli la chiusura dei manicomi la diversità viene reinserita nei contesti sociali attraverso la scuola. Questa, pertanto, con un mandato di istruzione e con il dovere di integrare diversità⁵, entra in rapporto con la malattia mentale, trovandosi di fronte a non pochi problemi. La L. 104/92 ha disciplinato procedure e strumenti a favore dell'integrazione dei disabili e introduce, per sostenere tale mandato, le figure di docenti, operatori e assistenti specializzati, che oggi sono rappresentati dall'insegnante di sostegno, dall'assistente educativo culturale (AEC), dall'assistente specialistico (AS). Ancora negli ultimi anni le funzioni e le competenze di tali figure sono oggetto di revisioni e modifiche legislative, a testimoniare la complessità delle questioni rispetto a cui sono chiamate ad intervenire (Giuliano & Sarubbo, 2012).

Vediamo alcune di tali questioni attraverso due casi.

Yelena è una ragazza di 21 anni che frequenta una scuola professionale. È autistica con un grave ritardo mentale. Non parla. Riesce a comunicare pochissimo con chi le sta intorno e lo fa quasi esclusivamente quando deve andare in bagno o ha fame.

In un GLH operativo⁶ di fine anno la madre affidataria dice di sentirsi preoccupata vista la difficoltà di trovare una struttura che possa accogliere Yelena dopo il diploma. Fa seguito una discussione che vede da un lato gli insegnanti e il vicepresidente interrogarsi su come trattenerne ulteriormente Yelena a scuola. Dall'altro l'affidataria ribadisce la sua preoccupazione sul "dopo", mostrando un

² La psicosociologia francese indica con tale costrutto quegli eventi che, accadendo entro sistemi organizzativi, disturbano routine istituite e al contempo ne sono un prodotto; per tale motivo si tratta di eventi in grado di rivelare le dinamiche implicite che fondano l'organizzazione. Cfr. Hess (2005), p. 185.

³ Vedi le Circolari Ministeriali n° 4525 del 1962 e n° 93 del 1963.

⁴ Lo deduce Pruneri (2003) da una disamina di decreti e circolari degli anni '50 e '60. Rimandiamo al medesimo testo per una ricostruzione storica, sociale e politica del dibattito su scuola e disabilità dai primi del '900 ad oggi.

⁵ Langher, Ricci & Diamanti in un articolo pubblicato sul n°. 2/2010 di questa stessa Rivista, ripercorrono il dibattito politico degli anni '70 esitato con l'abolizione delle classi differenziali, mettendolo in rapporto con un senso di colpa agito in rapporto alla disabilità. Anche rispetto a questa concettualizzazione ci riferiamo al mandato di integrazione assegnato alle scuole nel '77 in termini di dovere prescritto.

⁶ Gruppo di lavoro sull'handicap operativo; si tratta di uno degli strumenti previsti dalla Legge 104/92 per il coordinamento progettuale rispetto a ciascun alunno disabile; coinvolge docenti curricolari e di sostegno della classe in cui è inserito l'alunno, figure di assistenza (AEC o Assistente Specialistico), operatori della ASL di riferimento e di organizzazioni del privato sociale che si occupano dell'alunno, familiari e studente (nel caso della scuola secondaria di secondo grado). Nella nostra esperienza si tratta di incontri in cui diventano particolarmente evidenti gli assetti collusivi impliciti che organizzano il rapporto con la diversità.

certo disinteresse all'ipotesi della ripetizione di un anno. Cos'è un anno rispetto a tutta una vita? La madre si mostra delusa dicendo che prolungare la frequenza di Yelena rimanda il problema, ma non aiuta a risolverlo.

La madre di Yelena sembra presentare il problema nei termini di ciò che chiamiamo un Intervento risolutore; la scuola pare adoperarsi per assecondare questa domanda, prendendola alla lettera, ma il problema rimane, diventando fonte di conflitto. La fantasia di risoluzione si rivela nella sua illusorietà.

Tra chi scrive vi è chi si è occupato di questo caso in qualità di AS. Il suo intervento è stato quello di provare a ridefinire l'obiettivo su cui lavorare, aprendo uno spazio per parlare con la madre di Yelena di ciò che comporta occuparsi della figlia, invece che trovare luoghi deputati a trattenerla.

La proposta di trattenerla Yelena per un altro anno mette in evidenza il vissuto di solitudine e isolamento della scuola, così come della famiglia alle prese con la malattia mentale: parla dell'assenza di un progetto che pensi un futuro per la ragazza e che la pensi inserita anche dentro altri contesti della società. L'azione di parlare con la madre di ciò che comporta occuparsi della figlia pensando al futuro, apre ad uno sviluppo del rapporto, implicando la possibilità di costruire progetti ovvero di immettere desideri entro i vincoli⁷.

Ancora un caso.

Flavio arriva in prima media con una diagnosi di "episodio psicotico con comportamenti aggressivi e autolesivi". Proviene da una famiglia attraversata da comportamenti violenti di cui il ragazzo soffre. Ricostruendo la sua storia si scopre che arriva in prima media accompagnato da un'ombra che segnerà pesantemente la sua vita scolastica. Nell'estate precedente l'inizio della scuola media, aveva minacciato i genitori che litigavano, di buttarsi dalla finestra se non avessero smesso. I genitori, minacciati, avevano chiamato sia il 118 che i carabinieri. Ricoverato in un ospedale romano, a Flavio viene fatta la diagnosi di cui sopra.

La scuola, venuta a conoscenza di questo referto, si allarma e decide come prima cosa di collocare la sua classe al piano terra, per evitare danni eventuali derivanti da gesti improvvisi e/o imprevedibili come il buttarsi dalla finestra, e di affiancargli sia un'insegnante di sostegno che un AEC. La presenza di questi operatori crea non poche difficoltà allo studente, che si sente sotto stretta sorveglianza senza comprenderne il motivo.

A scuola di fronte a situazioni di conflitto con insegnanti e compagni reagisce con rabbia attraverso comportamenti spesso violenti, che la scuola trova incomprensibili e ostacolanti lo svolgimento delle lezioni. Questo fa sentire i docenti spaventati e arresi, vivendo il rapporto con il ragazzo come poco sviluppabile: solo a lui non vengono richiesti standard di apprendimento e il rapporto si concentra solo sulla speranza di poter contenere i suoi pericolosi eccessi d'ira.

Chi di noi si è occupato del caso, a partire dal ruolo di AEC, ha cercato di mediare questo rapporto e quello fra la scuola e la famiglia, ha costruito la possibilità di riorganizzare obiettivi di apprendimento intorno a un'immagine del ragazzo meno spaventosa e statica, mettendo in evidenza e rendendo spendibili delle risorse che pure c'erano. Non considerando la rabbia di Flavio come caratteristica individuale, ha avuto la possibilità di dotare di senso quei comportamenti violenti entro la relazione con il contesto, fino a rendere Flavio in grado di affrontare l'esame di terza media, convenendo degli obiettivi di apprendimento con il ragazzo e gli insegnanti.

Riteniamo che proprio perché la scuola non si occupa per mandato di "curare" quella rabbia, ha allora la possibilità di ricercarne un senso dentro la relazione. Relazionandosi con la malattia mentale in rapporto al conseguimento di un prodotto terzo, come l'apprendimento, ha la possibilità di trovare strade nuove e imprevedibili nel rapporto con essa; possibilità che i Servizi con mandato di cura più difficilmente hanno.

Abbiamo messo in rapporto questa possibilità con la competenza a riconoscere limiti e a cogliere il senso delle emozioni entro rapporti. Diversamente, ridurre la questione dell'integrazione a diversità

⁷ Intendiamo per desiderio il prodotto dell'accettazione di limiti nel rapporto con l'altro (Carli, 2011). Al versante opposto si colloca il pensiero magico, ove non esistono vincoli, ma solo attese onnipotenti e frustrazioni mortificanti. Nel caso resocontato potremmo dire che riconoscere ed occuparsi dei vissuti della madre di Yelena, rende possibile al contesto di relazioni in causa di uscire dalla fantasia che esistano interventi risolutivi e produce di conseguenza tentativi progettuali nella realtà.

da includere⁸ e a malattia da curare (altrove) è un modo costoso di trattarla. Ad esempio implica il trattenimento di Yelena a scuola o l'abbandono di obiettivi formativi per Flavio. Se da una parte queste operazioni hanno la funzione di salvare momentaneamente l'assetto collusivo ed organizzativo di una scuola poco attrezzata a trattare con la diversità, dall'altra implicherebbero una rinuncia alla progettualità.

Il lavoro

In Europa, il 40% degli assegni di invalidità è stato erogato a favore di malati mentali. Lo rende noto OCSE (2012), in una ricerca che sottolinea il grande impatto che questo tipo di patologie hanno sulla produttività e sul mondo del lavoro.

Esiste oggi in Italia una serie di normative finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità. In primis la L. 68/99 che prevede modalità di collocamento mirato e interventi specifici per colmare la frequente posizione di svantaggio dei disabili nei confronti di lavoratori normodotati. Nel processo di collocamento mirato, tuttavia, difficilmente si tiene conto dell'adattamento tecnico e organizzativo della "nuova potenziale risorsa" nell'ambiente di lavoro.

Nei D.Lgs 626/94 e D.Lgs 81/08, i riferimenti legislativi in termini di sicurezza sul lavoro, ci si occupa di questioni di disabilità solo in termini di adeguamento degli spazi, ma cosa succede nell'organizzazione della vita lavorativa in rapporto a questioni di handicap fisici e/o mentali? In questi riferimenti normativi si parla di benessere biologico e mentale, ma sembra che "il come occuparsene" sia risolto nei termini di un problema di spazi.

Tra chi scrive vi è chi si è occupato delle questioni lasciate aperte dalle suddette normative entro organizzazioni di lavoro. Vi proponiamo due esperienze: la prima in un ospedale, la seconda in un Ministero.

In un ospedale romano, in merito a un progetto di valutazione dei rischi di natura biopsicosociale, meglio conosciuti come rischi da stress lavoro-correlato, un gruppo di psicologi si è imbattuto in una situazione riportata dai suoi interlocutori come insanabile: la presenza in alcune Unità Operative di dipendenti che avevano mostrato "disordini mentali". Alcune di queste persone avevano anche storie di ricoveri nelle strutture dello stesso Ospedale attraverso il Trattamento Sanitario Obbligato, cioè quel mezzo previsto dal Dlg 180 del 1978 che autorizza l'autorità giudiziaria a sostituirsi alla volontà di un individuo a farsi curare. Laddove la volontarietà è riferita alla capacità mentale di riconoscere il proprio stato di malattia.

La soluzione dei dirigenti di queste Unità Operative è stata e continua a essere la lateralizzazione della persona malata. Stiamo parlando di un Ospedale. I racconti riportano le difficoltà di collaborazione, i tentativi di trasferimento indotto, la vergogna da celare nel rapporto con i pazienti dei reparti.

Il problema in questo caso citato non è occuparsene, ma eliminare la questione. Parliamo di alcune Unità Operative che si occupano di riportare alla sanità i problemi che incontrano, sottolineando, quindi, che mal si coniugano con i problemi con i quali convivere, come appunto la malattia mentale. Un altro esempio ci aiuterà anche a riconoscere un'altra prospettiva.

All'interno di un ufficio di un Ministero si è dibattuta per anni la questione di una donna assunta entro le categorie protette che veniva ritenuta un pericolo per il quieto vivere dell'ufficio. La donna aveva difficoltà nel mantenere un decoro nell'aspetto e nei modi di rapporto. Tipiche erano le sfuriate con i colleghi e con il pubblico rispetto a questioni ritenute spesso immotivate.

Il dirigente di questo servizio si vergognava della situazione e l'unica cosa che era stato in grado di fare era stata quella di prevedere periodi di ferie per la donna nei momenti caldi del servizio. I momenti caldi erano quelli di maggiore affluenza di utenza o di rendicontazione annuale.

⁸ Vedi a tal proposito i due significati emozionali dell'integrazione proposti da Paniccia a proposito della disabilità, che può essere trattata entro una cultura dell'*interdipendenza* delle differenze o entro una cultura dell'*inclusione* delle differenze (Paniccia, 2012, pp. 98 – 99). Quest'ultima sembra fondata sulla colpa dell'escludere piuttosto che sul riconoscimento delle diversità presenti in un contesto e della loro necessaria cooperazione in funzione di obiettivi. Questa premessa rende l'inclusione un'operazione di negazione di differenze volta a salvare l'assetto collusivo del contesto.

Con il pensionamento di questo dirigente arrivò un sostituto che era sembrato avere qualche idea in più su come trattare la questione. Fu questa persona a richiedere un intervento in merito a un progetto di riorganizzazione del servizio, orientato alla soddisfazione dell'utenza, nel quale ha lavorato uno di noi.

In breve, si iniziò un percorso nel quale si rese possibile rivedere le questioni sommariamente presentate facendole rientrare in una ridefinizione di un lavoro possibile, tra le persone di questo ufficio. Con la donna e con i colleghi si arrivò a convenire che si sarebbe occupata della parte del "protocollo" e dell'"archiviazione" dell'ufficio, con una stanza a sua disposizione.

Inutile dire che le caratteristiche ossessive della personalità di questa donna si dimostrarono una qualità insostituibile per la funzione della quale si sta ancora occupando. L'utilità di questa donna l'ha portata a essere ritenuta una risorsa importante.

Siamo dell'idea che anche laddove si possano paventare protocolli e regole per trattare questioni di malattia mentale la difficoltà rimane quella di occuparsene in qualche modo. Nei casi presentati, per grandi linee, la malattia mentale è qualcosa da distanziare o da riconoscere e ridefinire entro i rapporti nei quali si manifesta.

Riteniamo che l'esposizione di queste esperienze ci possa aiutare a proporre un secondo criterio per occuparsi di malattia mentale. La malattia mentale spaventa nella sua incurabilità e imprevedibilità, ma è anche comprensibile se si accetta di ridefinire il contesto nel quale si inserisce. La presenza di questioni di malattia mentale implicherebbe, quindi, una necessità: il contesto nel quale si presenta può ridefinirsi in funzione della variabilità che la malattia mentale comporta.

Il carcere

L'istituzione carceraria si trova attualmente nel pieno dell'applicazione del Decreto Legge 230 del 1999 che trasferisce dal Ministero di Grazia e Giustizia al Ministero della Sanità il problema della salute nei penitenziari. Siamo quindi entro un processo di cambiamento in cui il carcere sta provando ad attrezzarsi per occuparsi di salute, compresa quella mentale. Non crediamo sia un caso, ma indizio di una domanda, che proprio in questo periodo si collochi una convenzione di tirocinio tra l'organizzazione penitenziaria di cui resocontiamo e la scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica in cui chi scrive si sta formando.

I dati statistici del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria⁹ parlano di una popolazione carceraria composta per circa il 70% da tossicodipendenti e migranti. Ipotizzando che il carcere stia intercettando quella malattia mentale che può convivere con le questioni della tossicomania e dei distacchi dai luoghi di origine, stiamo provando a intendere la L. 230 come un invito ad occuparsi di malattia mentale nelle istituzioni penitenziarie.

Nell'esperienza di due di noi, coinvolte entro un Ser.T penitenziario in qualità di tirocinanti specializzande in psicoterapia psicoanalitica, fino ad oggi, uno dei modi con cui il carcere si è occupato di malattia mentale è stato quello di metterla fuori dal contesto penitenziario. Tre esempi:

- Ad oggi la divisione tra penitenziari e Ospedali Psichiatrici Giudiziari ha reificato l'idea che se si è in carcere si è criminali e non folli. Oggi questa divisione fallisce: entro il 2013 tutti gli OPG saranno smantellati.

- Nel carcere in cui abbiamo lavorato il Servizio Nuovi Giunti, che tradizionalmente si è occupato di diagnosticare il rischio di suicidio di chi arriva in carcere, si sta ripensando nei termini di un servizio di accoglienza, facendo sfumare l'idea che i problemi di salute mentale siano qualcosa che i detenuti si portano da casa e rispetto a cui l'unica cosa che il carcere può fare è prevedere e prevenire attraverso la contenzione/sedazione.

- Il Ser.T del carcere, entro il mandato più generale del Ministero della Sanità di occuparsi della tossicodipendenza (Legge "Craxi-Jervolino-Vassalli" del 1990) tratta le diagnosi di

⁹ Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ministero di Grazia e Giustizia, Popolazione detenuta e risorse dell'Amministrazione penitenziaria, dato del 23.03.2012.

tossicodipendenza, spesso correlate ad altre diagnosi, come uno strumento per far uscire i detenuti attraverso misure alternative come le comunità terapeutiche.

Relativamente a questo ultimo punto evidenziamo che si tratta comunque di un modo di occuparsi dei problemi di malattia mentale; un modo centrato sull'idea che in carcere non ci siano le condizioni per trattarla se, ad esempio, la psichiatria e la psicologia si occupano di prevederla - sedarla - contenerla, più che di sviluppare criteri per leggerla. A tal proposito proponiamo una riflessione sulle risorse attivabili entro il carcere quando non è possibile espellere immediatamente la diagnosi, come nel caso di Alberto.

Alberto è un detenuto di 45 anni che crea allarme in carcere per il suo totale rifiuto a stabilire relazioni: è sempre a letto, non usa l'ora d'aria, non parla con nessuno. E' ristretto nel reparto G9 (reparto di sicurezza in cui vengono collocati i detenuti che, per il tipo di reato commesso o per la condotta all'interno del carcere, potrebbero essere a rischio di aggressione da parte di altri detenuti), dove è stato trasferito dopo l'aggressione inferta a un detenuto. Alberto, dentro il progressivo isolamento che si è costruito, pensa al suicidio.

Per motivi legati a vincoli giudiziari non è possibile al momento pensare ad un inserimento in comunità e lo psicologo tutor dei tirocini affida il caso alle due tirocinanti.

Alberto si presenta in SerT con gli occhi sgranati e una cartella clinica: depressione maggiore, disturbo borderline e dipendenza da sostanze. Per queste diagnosi assume tranquillanti e antipsicotici, che però non gli bastano più: egli domanda al servizio di risolvere la depressione che lo tiene a letto. Alberto sembra ridursi alla sua diagnosi...oltre la diagnosi, il buio.

Il primo prodotto dell'intervento clinico è la costruzione di un rapporto tra il tempo della sua storia di vita e il suo stato di depressione, con l'obiettivo di rintracciarne una variabilità e quindi un significato attraverso il SerT: Alberto recupera la sua esperienza professionale come compositore fotografico presso un noto quotidiano nazionale così come il nuoto praticato a livelli agonistici. Recupera il ricordo di un lungo fidanzamento così come della morte del padre. Tutte relazioni contrassegnate da un forte coinvolgimento e "successo" iniziale e da una seguente brusca e drammatica interruzione. Sarà in questo periodo che Alberto comincerà a star male, intraprendendo un percorso psicoterapeutico di anni con cui scoprirà di soffrire di attacchi di panico. In questo stesso periodo comincerà ad assumere e poi spacciare cocaina. Aveva circa 25 anni.

Il secondo prodotto dell'intervento clinico con Alberto è il riconoscimento del suo desiderio di interrompere le sue relazioni, sottraendo a tali rotture la spiegazione "facile" della diagnosi di depressione maggiore o di cocainomania.

Il lavoro di consultazione psicologica ha provato a mettere in rapporto il desiderio di rottura-isolamento-detenzione di Alberto con l'attesa di conquistare l'altro o dell'esserne conquistati. La diagnosi stessa, in questa prospettiva, sembra un modo in cui Alberto prova a conquistare e ad essere conquistato dal SerT. Ma il suo continuare a partecipare ai colloqui per recuperare la sua storia sembra parlare di un oltre la diagnosi, ad esempio della sua paura di essere rimasto da solo, senza più nessuna ragione per uscire dal carcere.

Qui il terzo prodotto dell'intervento clinico: il riconoscimento da parte di Alberto del problema evocato dalla prospettiva della libertà. La traduzione della doppia diagnosi in problemi di rapporto con il SerT e con la libertà ha consentito il recupero di una domanda che Alberto rivolgeva al servizio: poter parlare della sua paura di andare in comunità, cioè della paura di immaginare un futuro e di fare a meno del carcere per vivere la sua vita. In rapporto a questa paura si sono compresi due precedenti tentativi falliti di accedere alle misure alternative. Alberto aveva fatto fallire l'ingresso in prova agli arresti domiciliari come alla comunità terapeutica con trasgressioni alle norme che ne regolano la concessione. Dalle misure alternative dopo pochi mesi Alberto era rientrato in carcere, cioè nell'unico sistema che gli consentiva di opporsi a una conformità a tutti i costi e contemporaneamente di contenere gli effetti della sua distruttività.

Con Alberto il carcere ha messo in campo una funzione psicologica più complessa del *mettere fuori o contenere-sedere dentro*, cioè delle alternative con cui spesso il SerT risolve i casi che allarmano, come la malattia mentale che minaccia il suicidio. Il carcere, attraverso la possibilità di pensare il rapporto tra diagnosi, contesto penitenziario e storia personale di Alberto, sembra aver trasformato la contenzione in contenimento. È dentro questo spazio/contexto che si sono create

nuove possibilità di usare il presente e di pensare il futuro; come la possibilità di inserimento di Alberto, curato dal SerT, entro il laboratorio teatrale del carcere.

La diagnosi di malattia mentale in questo caso sembra aver avuto la funzione di riconoscere dei limiti del contesto attivandone le risorse presenti: il teatro e gli psicologi. Questo processo ha consentito ad Alberto di utilizzare il carcere per trattare la malattia mentale invece che di subire il carcere pensando a un suicidio.

Come dicevamo a conclusione del paragrafo precedente anche il carcere, nell'esperienza della quale abbiamo scelto di parlarne, si è ridefinito riconoscendosi la possibilità di potersi occupare di questa cosa che chiamiamo malattia mentale. E se il carcere riconosce di intercettare e trattare la malattia mentale attraverso la tossicodipendenza, anche la malattia mentale può essere aiutata a riconoscere di stare cercando un trattamento in carcere attraverso la tossicodipendenza. La tossicodipendenza e l'immigrazione più in generale sembrano rivolgere attualmente due grandi e attuali domande di cura mentale alle istituzioni carcerarie; domande su cui la funzione psicologica è chiamata ad attivare un processo di pensiero e una strategia di intervento.

Due modi di funzionare della malattia mentale entro i contesti

Riteniamo di avere individuato, attraverso le esperienze presentate, due modalità con cui è possibile trattare la malattia mentale.

Una prima modalità è l'elusione delle diversità, attraverso la riduzione a "malattia" di un complesso di effetti che la diversità implica sulle relazioni, sull'organizzazione, sugli obiettivi di un contesto. Cultura nella quale si sostituisce alla realtà, con tutta la sua variabilità, una normatività ed un conformismo che ne diventano parametro.

Pensiamo alla storia delle classi differenziali nella scuola o alla tanto discussa Legge 104 nell'area che disciplina il rapporto tra disabilità e scuola, con tutti gli obblighi che ne conseguono. Pensiamo alle normative sull'obbligo di inserimento della disabilità nei contesti di lavoro, molto prese dall'ergonomia delle strutture, ma poco attente a ciò che la disabilità, in particolare la disabilità mentale, comporta nei contesti organizzativi. Oppure pensiamo alla legge 230 che trasferisce dal ministero di Grazia e Giustizia al ministero della Sanità il problema della salute nei penitenziari.

In questa cultura si istituiscono nuovi ruoli e figure professionali, ad esempio l'assistente specialistico o l'AEC. Oppure si circoscrivono interventi, ad esempio le consulenze sullo stress lavoro-correlato nelle organizzazioni produttive, o il rinvio alle comunità terapeutiche per i problemi di tossicodipendenza e malattia mentale.

Un'altra modalità di trattare la malattia mentale è farla interagire con gli obiettivi organizzativi del contesto per coglierne gli impliciti di funzionamento. Da questo punto di vista anche le normative diventano una traccia utile per ricercare soluzioni ai problemi che si incontrano.

Lo spartiacque tra le due modalità implicherebbe da un lato la riduzione a malattia di qualsiasi diversità, quindi, il rinvio alla sanitarizzazione del problema; dall'altro il recupero di un mandato di inclusione sociale che cerchi di interagire con le diversità entro gli obiettivi che i contesti si pongono.

Apprendimenti

Abbiamo capito che i cosiddetti contesti senza mandato sono privi del mandato della cura per la malattia mentale, ma sono strettamente legati ai loro mandati sociali (l'istruzione per la scuola, la produzione di beni o servizi per ciò che abbiamo chiamato sinteticamente "il lavoro", la preparazione alla libertà per il carcere) e a un obbligo di inclusione sociale.

Allora si capisce che la funzione degli psicologi in questi contesti rappresenta una possibilità importante di trattare i problemi che nascono dal rapporto tra obiettivi produttivi e integrazione.

I nostri interventi clinici (convocati come AEC, consulenti, tirocinanti, ecc.) permettono di evidenziare una possibilità, nell'incontro di questi contesti con la malattia mentale. Possibilità difficilmente realizzabile a partire dai contesti con mandato di cura. È la possibilità di sviluppare soluzioni che, utili sotto il profilo degli scopi delle strutture (ad esempio, far fare gli esami al ragazzino, far lavorare proficuamente la signora in un Ministero, far uscire dalla autoreclusione il

detenuto recluso), permettano di rivedere i propri presupposti collusivi confrontati con le sfide che il rapporto con la diversità implica.

Conclusioni

Nei contesti deputati alla cura della psicopatologia il malato mentale è il malato mentale¹⁰. Ci è sembrato che nei contesti che non hanno mandato di cura il malato mentale sia anche, per esempio, studente, lavoratore, carcerato, genitore. Riteniamo che questa sia una preziosa risorsa da riconoscere e a partire dalla quale è possibile costruire interventi clinici che, anche se non centrati sulla malattia mentale, possono contemplarla entro il mandato di inclusione. In alcuni casi questi interventi, tra il mandato produttivo e il mandato di inclusione, colgono potenzialità di sviluppo organizzativo dei contesti.

Tra i contesti nei quali ci si occupa di malattia mentale come abbiamo visto ci sono la Scuola, le Amministrazioni Pubbliche, le Aziende, le Carceri, ma abbiamo pensato anche alla famiglia, alle istituzioni religiose¹¹. Parlare di come trattare la malattia mentale è sempre una questione difficile. Cercando, però, abbiamo trovato una esperienza di “trattamento” che non è risolutoria, ma che funziona. Abbiamo notizia di un parroco, in una chiesa di Aversa che, rispetto ai frequenti mancomenti degli sposi, durante le celebrazioni di nozze arriva con Gatorade e liquirizia.

Crediamo che al parroco in realtà importi poco se si sia “sani” o “malati”. La priorità del rito rimane assoluta. Ti devi sposare? Lo puoi fare purchè stai in piedi e respiri.

Quello che abbiamo chiaro è che il parroco in questione non pensa di dover risolvere il problema degli svenimenti; ma nemmeno rinuncia al suo mandato. Fa un intervento discutibile, ma che, reinventando la sua funzione, prova ad integrare l'evento critico e l'obiettivo del rito. Ci si passi la metafora con beneficio di inventario; ma è proprio la competenza a reinventare funzioni entro uno specifico mandato ciò su cui riteniamo utile lavorare in vista dell'integrazione della malattia mentale.

Bibliografia

AA.VV. (2012). *Mental Health and Work, Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. OECD Publishing.

Carbone, A., Di Ruzza, F., Giacchetti, V., Pierandrei, C., & Verducci, L. (2012). Malattia Mentale: incontrarla nei sistemi di convivenza. Ripensare pratiche professionali nei luoghi del quotidiano. *Rivista di Psicologia Clinica* 2, 151-158.

Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10 – 17.

Bonavita, V., Casuccio, F., D'Alessandro, G., Di Ruzza, F., Di Sero A., Izzo, P. et al. (2012). Malattia Mentale: il mandato a occuparsene. Lo stato dell'arte dei servizi di salute mentale. Quali domande e quali interventi. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 133-141.

Giuliano, S., & Sarubbo, M. (2012). Le figure di assistenza alla disabilità a scuola: la competenza psicologico clinica a leggere relazioni come alternativa al controllo e alla tolleranza. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 121 – 128.

Hess, R., (2005). *Istituzione*. In Barus-Michel, J., Enriquez, A., & Lévy, A., (eds), *Dizionario di psicosociologia*. (pp. 177–187). Milano: Raffaello Cortina

¹⁰ Si veda Bonavita et al. (2012): in questo articolo si tratta la criticità dell'appiattimento dell'utente dei servizi di salute mentale alla sua diagnosi di psicopatologia; d'altra parte proprio a partire dal riconoscimento di questa criticità diventa possibile organizzare interventi che ricomprendano nella funzione sociale dei servizi il mandato di integrazione della malattia mentale entro i contesti di convivenza.

¹¹ Rimandiamo all'articolo pubblicato da Carbone, Di Ruzza, Giacchetti, Pierandrei, Verducci (2012) su questo stesso numero della Rivista per un'analisi approfondita del rapporto tra malattia mentale e contesti quotidiani di convivenza.

Langher, V., Ricci, M.E., & Diamanti, S. (2010). La normativa sull'integrazione scolastica dei disabili tra colpa e pretesa. Una ricerca sul fallimento collusivo nel rapporto tra insegnanti e genitori di alunni disabili. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 118-132

Paniccia, R.M. (2012). Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110.

Pruneri, F. (2003). *La politica scolastica dell'integrazione nel secondo dopoguerra*. In Cappai, G.M. (Ed) *Percorsi dell'integrazione. Per una didattica delle diversità personali*. (pp. 55 – 80). Milano: FrancoAngeli