

Considerazioni critiche sulla cura della malattia mentale oggi, in Italia

di Renzo Carli* e Rosa Maria M. Paniccia**

Abstract

Vengono analizzate le due prospettive di cura e assistenza che sono seguite alla legge 180, nei confronti del malato mentale grave, caratterizzato dal rifiuto della sua condizione di "malato": la prospettiva di cura psicofarmacologica e contenitiva, che trova la sua ultima espressione nella proposta di riforma dell'assistenza psichiatrica in discussione in Parlamento; la prospettiva volta a potenziare la relazione possibile con il contesto entro il quale si realizza l'inserimento del malato mentale. Si propongono alcune linee strategiche per l'attuazione e il potenziamento di questa seconda strategia di facilitazione dell'inserimento sociale del malato mentale, in rapporto ad un possibile cambiamento della funzione dei servizi di salute mentale.

Parole chiave: Centri di Salute Mentale; Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura; Legge 180/78; Psicologia clinica della relazione

Premessa

Nell'area professionale sanitaria che concerne il disagio mentale, ci sono due categorie di persone che possono essere "sottoposte", ad litteram, a cura senza aver formulato personalmente e consapevolmente una domanda di cura: i bambini e i malati psichiatrici gravi.

Per quanto concerne i bambini, il problema che si apre con l'assenza di una loro domanda è particolarmente grave, soprattutto se si tiene conto che la domanda di cura può venir formulata dai genitori, che prendono il posto dei figli nel richiedere l'intervento sanitario e che con la loro domanda esprimono, sovente, la preoccupazione circa la "normalità" del proprio figlio; oppure dagli insegnanti della scuola materna o elementare, spesso pronti a denunciare ogni comportamento del bambino che ostacoli il loro lavoro, crei problemi nel "normale" funzionamento del gruppo-classe; oppure da altri adulti, parenti o conoscenti, sospettosi circa ogni manifestazione del bimbo, valutata come "strana". Ne consegue, negli ultimi decenni, un aumento enorme dei casi di autismo infantile, un incremento spropositato delle psicoterapie infantili, un diffondersi preoccupante dei casi di disabilità nell'apprendimento, nella socializzazione, nello sviluppo emotivo o cognitivo del bambino. Ciò che viene ignorato, troppo spesso, è il *contesto relazionale* entro il quale si manifestano quei disturbi infantili che, se visti nell'ottica individualista, sottraggono il diagnosta-terapeuta dal considerare la *relazione* quale oggetto di attenzione e di intervento.

Nel caso del malato psichiatrico grave, l'assenza di una domanda d'intervento del diretto interessato ha fondato, per lungo tempo, il potere sociale della psichiatria su un insieme di utenti che lo psichiatra aveva il mandato sociale di allontanare dal contesto e di istituzionalizzare, prima ancora che di "curare", all'interno dell'Ospedale Psichiatrico. Come s'è visto nel nostro libro: "La cultura dei servizi di salute mentale in Italia", il movimento psichiatrico che si adoperò per la chiusura degli O.P. ottenne il suo scopo con l'approvazione della legge 180; lo stesso movimento si trovò in gravi difficoltà nel progettare e nel porre in atto un'assistenza psichiatrica coerente con le premesse culturali che lo avevano motivato, nel periodo successivo all'applicazione della legge. Si è detto da più parti che la territorializzazione della psichiatria non si è completamente attuata nel nostro paese, che i mezzi economici insufficienti non hanno consentito il completamento della

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

** Professore associato presso la Facoltà di Psicologia1 - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma "Sapienza".

riforma psichiatrica. Noi pensiamo che i problemi di attuazione della legge 180, nell'assistenza psichiatrica che doveva seguire alla chiusura degli O.P., non siano solo economici od organizzativi; pensiamo, piuttosto, che le difficoltà della psichiatria operante nei servizi sia stata quella di uscire dalla propensione a colpevolizzare le famiglie dei malati mentali e il contesto emarginante il malato, per trovare una propria collocazione coerente nella definizione del lavoro psichiatrico e della cultura che lo giustifica, che lo motiva. La psichiatria, dopo la 180, si è trovata ad un bivio altamente problematico.

Da un lato cambiare l'assistenza psichiatrica, in coerenza con gli assunti di base della psichiatria che voleva reinserire il malato mentale entro i contesti di appartenenza; tutto ciò comportava la consapevolezza e l'accettazione del fatto che, superato il momento del rimprovero colpevolizzante, fosse necessario sviluppare una competenza a cogliere le dimensioni relazionali del reinserimento o dell'inserimento dei nuovi malati mentali, e ad intervenire entro tali relazioni; con ciò rinunciando alla medicalizzazione della malattia mentale; medicalizzazione che la definisce quale dimensione prettamente individualista, diagnosticabile e curabile attraverso la prescrizione psicofarmacologica. Tutto questo voleva dire, per la psichiatria, rinunciare definitivamente alla propria appartenenza all'area medica, per sviluppare obiettivi e competenze di tipo relazionale, psicologico, sociologico, antropologico, culturale. Un passaggio, da parte della psichiatria, dalla medicina alle scienze umane. Ricordando che, al pari di quanto detto per i "problemi" dell'infanzia senza committenza, anche il rifiuto dell'identità di malato mentale e il coerente rifiuto delle terapie, da parte del malato psichiatrico grave, avviene sempre all'interno di contesti relazionali.

Dall'altro lato, era possibile scegliere la strada del ribadire la propria irrinunciabile connotazione medica, fondata sulla diagnosi, sulla prognosi e la terapia del singolo individuo malato. Il vantaggio di questa seconda scelta, come vedremo tra breve, aveva a suo fondamento due dimensioni specifiche: la possibilità di non avere a che fare con la domanda del paziente o del suo contesto, ma solo con la diagnosi e la terapia, in qualche modo obbligate e indipendenti da ogni sottolineatura dei problemi concernenti la relazione tra persona considerata malata e contesto; il prestigio e il potere che deriva dal dare, con la cura del malato mentale, una risposta alla domanda sociale di attenuare o eliminare i problemi di relazione che la presenza del malato mentale pone ai contesti familiari, sociali in genere. Va detto, a tale proposito, che anche dopo la chiusura dell'O.P. la domanda di emarginazione del malato mentale non è cambiata, sia nelle famiglie come nei sistemi sociali più estesi. La psichiatria, scegliendo la seconda tra le alternative indicate (tra loro incompatibili, è importante sottolineare questo dato), si è posta in collusione con la domanda di emarginazione, anche se con modalità diverse da quelle intraprese con il vecchio O.P.. Sotto questo punto di vista, quindi, la nostra ipotesi è che, con l'attuazione della legge 180, tutto doveva cambiare perché nulla cambiasse. Vedremo i limiti di questa drastica affermazione, ma ne vedremo anche le fondate giustificazioni.

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. Testo unificato delle proposte di Marinello, Guzzanti, Barbieri, Ciccioli, Jannone, Picchi, Garagnani, Polledri.

Il 17 maggio 2012 è stato presentato alla Commissione Parlamentare Affari Sociali un testo di legge che unifica le proposte di cambiamento della legge 180 avanzate da più parti, in questi anni. Il testo è stato approvato dalla Commissione Affari Sociali, il cui vice presidente è l'on. Carlo Ciccioli, uno dei promotori della riforma dell'assistenza psichiatrica. Si tratta di un testo di legge altamente problematico in quanto affronta, e ci sembra l'unica novità, il problema dei malati mentali che non danno il loro consenso alla cura. In altri termini, il problema sollevato da quei malati che, come vedremo, non portano allo psichiatra un problema; ma che, di contro, sono segnalati come problema dal contesto di convivenza¹.

¹ Il forum sulla legge di riforma dell'assistenza psichiatrica, presieduto da Tonino Cantelmi primario psichiatra dell'istituto Regina Elena e presidente dell'Associazione psicologi e psichiatri cattolici, ha indetto un incontro di presentazione del progetto di legge, con lo slogan:

NO alla riapertura dei manicomi
NO all'abbandono dei pazienti in famiglia e nelle strade
SI a misure concrete di assistenza

Si tratta, è bene sottolinearlo, di malati che non accettano di esserlo, che non danno il loro consenso alle cure psichiatriche perché non si riconoscono nei problemi sollevati dal loro comportamento e dalla loro dinamica affettiva, come è di contro segnalato dalle persone a loro più vicine. Questa problematica può essere definita in modi molto diversi tra loro, e già la definizione del problema sollevato da chi “non accetta di essere malato” prelude, spesso, al tipo di soluzione che si intende dare al problema stesso. *E' il problema centrale del rapporto tra psichiatria e società.* E' il problema che la psichiatria non ha saputo risolvere, se non nei due modi dell'antipsichiatria che eludeva il tema, colpevolizzando chi non accettava queste persone “strane ma simpatiche”; della psichiatria tradizionale, che lo affronta limitando libertà e dignità della persona. Tra un sociologismo benevolo, volto a responsabilizzare la società e un biologismo severo, volto a curare anche contro la volontà della persona, sembra non si sia trovato, da parte della psichiatria e delle scienze sociali, una via alternativa al problema. Che questa sia la strettoia in cui è imbrigliata la psichiatria, lo dimostra proprio la proposta di legge in discussione.

Si indica, nel testo in questione, un cambiamento formale della dizione Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), che si tramuta in Trattamento Sanitario Necessario (TSN). L'obbligo diventa necessità. Si capirà tra breve la ragione di questa operazione *politically correct*. Già sin d'ora si può vedere come l'obbligo di un ricovero, imposto al malato, si tramuta in un ricovero definito come necessario (sottinteso: per il bene del malato). Un cambiamento, quello del Trattamento Sanitario forzato, da obbligatorio a necessario, che tramuta lo psichiatra in una sorta di madre preoccupata del bene del paziente. Tra poco ne capiremo i motivi.

Interessante, a questo proposito, la definizione di Trattamento Sanitario Necessario (TSN) quale emerge nell'articolo 4 della proposta di legge:

“Le procedure di ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio) e di TSN (Trattamento Sanitario Necessario) ... sono attivate quando la garanzia della tutela della salute è ritenuta prevalente sul diritto alla libertà individuale del cittadino”.

Si tratta di una garanzia volta a tutelare la salute del singolo, o piuttosto di una garanzia a tutelare la normalità e il benessere del contesto entro il quale si manifesta la malattia mentale? Pensiamo che la contrapposizione tra salute e libertà individuale sia molto, molto problematica. E' più semplice e più aderente alla realtà pensare ad un confronto tra istanze al conformismo e libertà individuale del singolo cittadino. Un confronto, quello tra conformismo e libertà individuale, che ignora proprio quella realtà relazionale entro la quale si manifesta, si organizza e configura le sue dinamiche reattive la malattia mentale.

Nessun'altra novità di rilievo, dicevamo, tranne l'articolo 5 del testo di legge: il “Trattamento sanitario necessario extraospedaliero”.

Già il *primo comma* è interessante:

“Il trattamento sanitario necessario extraospedaliero è attivabile nel caso in cui è possibile adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere”

Poiché l'argomento concernente questo tipo di trattamento non è stato mai trattato prima, nel testo di legge, la frase sembra ambigua e lascia perplessi. Come dire: si attiva il trattamento in questione, ogni qual volta sia possibile attivarlo. Si comprende che “extraospedaliero” fa riferimento a un trattamento che non avverrà nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ove si ricoverano casi di crisi acuta, o nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) ove si prefigura l'accertamento sanitario obbligatorio. Ma non si comprende ancora cosa siano queste strutture extraospedaliere. Certo, le tempestive e idonee misure sanitarie sembrano rassicuranti, ma manca un preciso oggetto del discorso.

La proposta diviene un po' più chiara, nel secondo comma:

“E' istituito il trattamento necessario extraospedaliero prolungato, [ecco un aggettivo preoccupante, che non compariva nel primo comma; sembra che la “medicina” debba essere somministrata a piccole dosi e a passi successivi] senza consenso del paziente, finalizzato alla cura di pazienti che necessitano di trattamenti sanitari per tempi protratti in strutture diverse da quelle previste per i pazienti che versano in fase di acuzie, nonché ad avviare gli stessi pazienti a un percorso terapeutico-riabilitativo di tipo prolungato.

Il trattamento necessario extraospedaliero prolungato ha la durata di sei mesi e può essere interrotto o prolungato. Comunque non può essere protratto continuativamente oltre i dodici mesi.”

Ora è tutto chiaro. Da sottolineare il “continuativamente”. Dopo un anno di trattamento, basta una interruzione di una settimana, e si può riprendere per un altro anno.

Il trattamento è:

“finalizzato a vincolare il paziente al rispetto di alcuni principi terapeutici, quali l'accettazione delle cure e la permanenza nelle comunità accreditate o nelle residenze protette, per prevenire le ricadute derivanti dalla mancata adesione ai programmi terapeutico-riabilitativi.

Nel corso del trattamento sono disposte azioni volte a ottenere il consenso del paziente al programma terapeutico e la sua collaborazione.

[...]

Il trattamento[...] può prevedere esclusivamente le limitazioni della capacità o della libertà di agire del paziente espressamente specificate dal giudice tutelare in sede di approvazione del medesimo trattamento”.

Potremmo continuare nella lettura di un articolo di legge che appare quale modesto e, per noi, penoso tentativo di rieditare il ricovero psichiatrico prolungato, senza nemmeno quella cultura “di destra” che ha fatto, di proposte simili, dei piccoli capolavori. Ciò che emerge è la possibilità di ricoverare i malati mentali, quelli che non accettano le cure, in luoghi accreditati e protetti (l'accreditamento prelude alla gestione privata del ricovero, del personale e delle strutture ove questo avviene) con l'obiettivo di “convincere” i malati ricoverati, quelli che rifiutano la loro condizione di malattia, a restare rinchiusi e ad accettare le cure; il tutto per prevenire eventuali ricadute. Ci risiamo: la legge della quale stiamo parlando prevede di riaffidare i pazienti non consenzienti al sistema psichiatrico di contenimento e di emarginazione. *Adgnosco veteris vestigia flammae*, direbbe la novella Didone votata alla psichiatria.

Contenimento ed emarginazione “tutelati”, ovviamente, ma sappiamo come vanno a finire queste tutele, con gli psichiatri impegnati a *vincolare* il paziente.

Crediamo che questa proposta di legge non abbia vita facile, anche se sostenuta da alcune associazioni dei familiari e da una cultura che non tollera la convivenza con l'estraneità altra, con la diversità.

Il potere psichiatrico e il problema della “salute mentale”

Fornari (1966), ricordando che la psicoterapia ai suoi esordi si propose quale pratica ipnotica, afferma:

“E' certamente un momento emozionante, nella storia della medicina, quello in cui il medico, abbandonando dietro di sé tutto il suo armamentario terapeutico e tutto il suo bagaglio di cognizioni scientifiche obiettive, si pone *disarmato*² di fronte al malato; o meglio, di nessun'altra cosa armato che del fatto di essere il partner di un rapporto interumano. E' inevitabile infatti vivere una tale condizione come una condizione di impotenza. Non fa quindi meraviglia la constatazione che il primo approccio psicoterapeutico sia stato l'espressione di una risposta a tale condizione di impotenza attraverso una posizione di dominazione.

Può essere significativo rilevare che l'ipnosi portava in sé una modalità di rapporto che la psicoterapia, nel momento in cui prenderà piena coscienza di se stessa, potrà comprendere come una reazione ad una situazione di impotenza. In quanto infatti la pratica ipnotica cerca di sottrarsi ad una fondamentale condizione di impotenza, derivante dall'essere il medico privo di farmaci, attraverso un rapporto di dominazione tendente a trasformare il malato da soggetto in oggetto (anche se ciò avviene con il beneplacito del malato stesso), noi oggi possiamo comprendere la pratica ipnotica come l'espressione sublimata di un rapporto sado-masochistico, nell'ambito di una certa posizione magica di onnipotenza, auspicata sia dall'ipnotizzato che dall'ipnotizzatore, l'uno attraverso la passività, l'altro attraverso la dominazione.” (Fornari, *op. cit.*, pp. 11-12).

² Corsivo nostro

Poco prima, lo stesso autore dice:

“L’esperienza ipnotica sta all’origine di tutta la psicoterapia moderna. Poiché abbiamo definito il rapporto psicoterapeutico come una particolare forma di rapporto interumano, può essere importante constatare che ciò che chiamiamo suggestione ipnotica, e che ancora oggi conserva un certo alone di magia, altro in definitiva non è che l’instaurarsi di un rapporto interumano nel quale si pone in atto una particolare *modalità di intersoggettività, all’interno della quale si opera una dominazione massiva da parte di un partner del rapporto sulle funzioni psichiche dell’altro partner*, il quale si pone in una negazione completa di sé, per accogliere passivamente ciò che il primo suggestivamente impone.” (Fornari, *op. cit.*, pp. 10-11)

Riportiamo questa citazione rimarcando come, per Fornari, l’esperienza ipnotica stia all’origine di tutta la psicoterapia moderna.

Il medico, disarmato dei farmaci, si trova confrontato con una situazione di impotenza nei confronti del malato; reagisce, imponendo una relazione sado-masochista ove assurgere all’onnipotenza di chi intende dominare l’altro, impotente.

Non pensiamo che questa relazione di onnipotenza-impotenza sia propria della sola relazione di suggestione ipnotica. Nella suggestione ipnotica, tutto questo emerge con chiarezza ed innegabile evidenza. Ma si può dire che tutta la storia della relazione tra medico psichiatra e malato mentale, sin dalla medicalizzazione di chi verrà designato quale malato mentale, è fondata su questa dinamica che tende a trasformare l’impotenza del medico, disarmato, in onnipotenza.

Certamente gli psicofarmaci, con il loro avvento, hanno reso meno impotente il medico. L’uso degli psicofarmaci, si può affermare con sicurezza, prelude alla chiusura degli O.P. e ne determina la fattibilità. Alcune date confortano questa affermazione: la moderna psicofarmacologia fa il suo esordio all’inizio degli anni '50 con la clorpromazina (Largactil, Prozin) e con i sali di Litio (Carbolithjum); alla fine degli anni '50 e all’inizio degli anni '60 fanno il loro esordio i primi farmaci antidepressivi, con l’imipramina (Tofranil), ma anche i tranquillanti minori, le benzodiazepine, con il cloridiazepossido (Librium). Antipsicotici, antidepressivi, antiansia e stabilizzatori dell’umore: queste le quattro grandi categorie psicofarmacologiche che hanno segnato il corso della moderna psichiatria e che hanno reso possibile la proposta basagliana di chiusura dell’O.P.

Anche se dotata di farmaci la psichiatria, nella relazione con il malato mentale, non cessa di proporsi come dominante nei confronti di persone messe nella condizione di passività impotente. Pensiamo che i motivi di questa relazione asimmetrica tra psichiatra e malato mentale sia da riferirsi alla specifica natura dell’intervento psichiatrico capace di modificare, almeno in parte, l’impatto sociale del malato mentale con il contesto (quello della cura come quello familiare e di convivenza) senza tuttavia modificare, in modo visibile e duraturo, l’andamento della forma patogena. Nella sua funzione “terapeutica” la psichiatria, contrariamente ad altre aree dell’intervento medico, sembra in grave difficoltà circa l’efficacia delle cure somministrate al malato mentale. Si può dire, in estrema sintesi, che la malattia mentale, in generale, può essere modificata nel suo andamento visibile, in alcune sue manifestazioni fenomenologiche relazionali, ma non può essere “guarita”.

Come si vede stiamo parlando, in riferimento all’area della psichiatria, di malattia mentale, di sintomatologia, di psicopatologia, di diagnosi, di prognosi e terapia, come per altre aree della medicina. La psichiatria si vuole definire quale branca del sapere, e della prassi, propri della medicina. Ma le differenze tra medicina e psichiatria sono notevoli. A cominciare dalla nozione che si contrappone a quella di malattia: la nozione di salute. Nell’ambito medico è possibile definire lo stato di salute, facendo riferimento a specifici parametri fisiologici dell’organismo, misurabili nel singolo momento di vita della persona, come nel loro evolvere entro un definito arco temporale. Si può, ad esempio, seguire puntualmente l’andamento della pressione arteriosa o della glicemia, si può eseguire l’esame obiettivo di una persona, si può sottoporla a prove e ad analisi di laboratorio. Se la glicemia si propone entro specifici valori, si può dire che la glicemia è “normale”, se supera quei valori si può parlare di iperglicemia. La “normalità” fisiologica di una persona, considerati il sesso, l’età e altri dati anamnestici, consente di affermare che la persona è in “buona salute”. In altri casi, ove i dati fisiologici e l’esame obiettivo mostrano evidenze devianti dalla normalità attesa, si può parlare di malattia e se ne possono definire le caratteristiche, tramite il processo diagnostico.

Speriamo sia evidente che, nel caso della psichiatria, le cose vanno diversamente.

Guardiamo a cosa è successo, in questo ambito, con l'applicazione della legge 180 in Italia.

Nella stesura di questa legge si sostituisce la dizione "salute mentale" alla vecchia dizione di malattia mentale. Si continua a parlare di malattia mentale, nella 180, ma con l'articolo 10 della sua stesura originale, vengono abolite le dizioni "alienati di mente" e "infermi di mente" dal codice penale. E' abrogato anche il termine "manicomi", che compariva nella legge 36 del 1904. I servizi territoriali psichiatrici sono denominati, come si è appena detto, servizi di *salute mentale*.

Questo cambiamento, accettato scontatamente dalla maggior parte di chi si occupa del problema psichiatrico, ha per noi una grande rilevanza, sulla quale vorremmo convogliare l'attenzione di chi ci ascolta. Ad essere precisi, la dizione che si inaugura con la 180 è quella di "tutela della salute mentale". Vediamo quali sono gli "obiettivi di salute", così come vengono presentati nel progetto-obiettivo 1998-2000, tuttora operante nel nostro paese:

a – *promozione*³ della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno del programma di medicina preventiva e di educazione sanitaria

b – *prevenzione primaria e secondaria* dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio, attraverso l'individuazione precoce, specie nella popolazione giovanile, delle situazioni di disagio e l'attivazione di idonei interventi terapeutico-preventivi

c – *prevenzione terziaria*, ovvero riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del *tessuto* affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza

d – *salvaguardia* della salute mentale e della qualità della vita del nucleo familiare del paziente; miglioramento del funzionamento globale dei nuclei familiari con gravi problemi relazionali

e – riduzione dei *suicidi* e dei *tentativi di suicidio* nella popolazione a rischio, per specifiche patologie mentali e/o per appartenenza a fasce d'età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane)

Riflettiamo su queste affermazioni, apparentemente così decise, propositive, sicure negli obiettivi e nelle metodologie proposte.

Che vuol dire "promozione della salute mentale"? Per promuovere qualcosa, è sicuramente importante aver chiaro quale sia l'oggetto della promozione. Ora, in una possibile definizione di salute mentale, la si descrive come *condizione di normalità, benessere e/o equilibrio di tipo affettivo, emotivo, neurobiologico, del tono dell'umore, cognitivo e comportamentale*. Ecco una definizione imbarazzante. Spesso si afferma che una condivisa definizione di salute mentale è impossibile. Si ricorda, nella letteratura in proposito, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) non ha trovato un accordo definitorio di questo termine. Interessante che si utilizzi una dizione così ambigua, così difficile da definire, sulla quale non è stato trovato nessun accordo scientifico per indicare, al contesto sanitario e a quello sociale, i servizi in ambito psichiatrico. Forse è il caso di cercare una risposta a questa aporia.

Abbiamo visto che la nozione di salute rimanda a quella di normalità.

Quando si può dire che una persona, un gruppo sociale, una cultura siano "normali"? Esiste, nell'ambito psicologico, la normalità? Se procediamo, le cose si fanno ancora più problematiche: arriviamo al "benessere" che alcuni puristi, per essere più chiari, scrivono con il trattino: ben – essere. Che significa? Con quali categorie definiamo il benessere? Le categorie economiche? Finanziarie? Filosofiche? Culturali? Del senso comune? La normalità e il benessere sono connotazioni occasionali, nella complessità dell'esistenza di ciascuno di noi, o si perseguono, con la salute mentale, dimensioni stabili dell'essere umano? Ce la immaginiamo una persona che si propone come normale, sempre, in ogni momento della sua vita? Una persona caratterizzata dal benessere permanente, da un equilibrio esemplare nell'ambito affettivo, emotivo, neurobiologico, del tono dell'umore, cognitivo e comportamentale? Viene subito alla mente "Metropolis" o il Grande fratello di orwelliana memoria; oppure, ma si tratta dell'altra faccia della medaglia, persone noiose, per nulla creative, che sperimentano una vita fatta di emozioni equilibrate, senza imprevisti, senza

³ I corsivi che seguono sono nostri

elaborazioni creative della realtà, con comportamenti prevedibili e standardizzati. Vengono alla mente le parole di una vecchia canzone (parole di Franco Fortini e musica di Sergio Liberovici) cantata, per Cantacronache, da Michele L. Straniero:

Fratelli d'Italia,
tiriamo a campare!
Governo ed altare
si curan di te...
Fratelli d'Italia
ciascuno per sé!

una piccola casa,
una piccola moglie,
un piccolo lavoro,
una speranza piccola così:
una piccola messa la domenica...
- e Iddio per tutti.

un piccolo silenzio,
un piccolo peccato,
una piccola coscienza,
un pentimento piccolo così,
una piccola FIAT per la domenica...
- e Iddio per tutti.

una piccola vita,
una piccola pietà,
una piccola viltà,
una libertà piccola così,
una piccola morte ogni domenica...
- e Iddio per tutti.

Si dice, a volte, che è importante parlare di psicologia della salute, quale alternativa ad una psicologia della "malattia", del disagio, della cura. In psicologia, e in particolare in psicologia clinica, non ci sono malattie alle quali contrapporre un'improbabile nozione di salute. Ci sono *problemi*, i problemi che le persone portano allo psicologo e che, vale la pena ricordarlo, sono ineliminabili, perché intrinseci alla natura dell'uomo. Un uomo senza problemi, fiducioso nel mondo e nella salute del mondo, assomiglia pericolosamente a Pangloss, il mentore di Candide, personaggio di Voltaire fiducioso che le cose, a questo mondo, vadano sempre per il meglio: nel migliore dei mondi possibili.

Uno di noi pose, anni fa, il seguente interrogativo: perché una persona va dallo psicologo clinico? Le possibili risposte alla domanda sono di due tipi: perché la persona è malata, ha un disturbo curabile dallo psicologo clinico; oppure: perché lo psicologo clinico esiste.

Nel primo caso è il disturbo che giustifica il ricorso allo psicologo (quanti psicologi vorrebbero che le cose stessero così!); nel secondo caso, la persona ha dei problemi e li porta allo psicologo perché ne conosce l'esistenza, non perché sia stabilita una corrispondenza biunivoca tra problema e psicologo clinico.

La trasformazione della nozione di malattia mentale in quella di salute mentale inguaia profondamente l'estensore delle righe più sopra citate, proposte per definire gli obiettivi di salute entro "l'area della mente".

Ancora un esempio. Che significa "ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali?" La metafora del "tessuto" rimanda ad operazioni di restauro di un arazzo, di una stoffa ricamata; che senso ha chiamare "tessuto" l'insieme delle dinamiche affettive, delle relazioni sociali di un malato? La metafora del restauro denota un forte imbarazzo, nell'estensore degli obiettivi, quando vuol definire un intervento che esula dal tema strettamente terapeutico, di cura (farmacologica o psicoterapeutica) del singolo, per passare a dimensioni che non sono contemplate entro il paradigma individualista e dove si propongono distinzioni (affettivo, relazionale, sociale) che non reggono nemmeno ad una lettura veloce della tematica trattata. C'è

una “sfera” affettiva che non concerna, inevitabilmente, le relazioni? Ci sono relazioni che non siano costitutive, inesorabilmente, del “sociale”? Quest’ultimo, il sociale, cos’è, senza affettività espressa entro le relazioni? Si potrebbe continuare a lungo nell’analisi critica di queste righe improvvise, altamente problematiche, ma al contempo motivanti elucubrazioni di vario tipo, sia sul versante psichiatrico che psicologico.

Perché si parla di “salute mentale”

Ma ecco la risposta all’interrogativo sul perché della “salute mentale”.

Ogni patologia deve avere una “sua” fisiologia che si rispetti.

La patologia mentale, nel momento in cui vuole redimersi da un passato di violenza e di soprusi, pensa bene di dotarsi di una “fisiologia” che, ricorrendo alla nozione di salute, si proponga nella veste di prevenzione, di promozione e di salvaguardia, più che in quella di cura stigmatizzante. Il detto: “il rattoppo è peggio dello strappo” (xe peso el tacòn ch’el buso) non ha esempio più adeguato. La violenza, agita un tempo nei confronti del solo malato mentale medicalizzato, rischia così di potersi applicare a tutto il genere umano, nella pretesa psichiatrica di pianificarne la normalità sana. La cosa, come si vede, si fa seria.

Le nozioni di *salute* e di *normalità* sono applicabili, tout court, anche all’ambito del “mentale”, del mondo degli affetti, del comportamento, delle relazioni e della vita sociale?

La malattia mentale, a ben vedere, nasce come problema del contesto entro il quale la cosiddetta malattia si manifesta. Tenendo presente che, con la psicoanalisi, si sono profondamente attenuate le differenze tra quel comportamento che chiamiamo *sano* e quel comportamento che chiamiamo *patologico*. La proposta freudiana configura la nostra realtà psichica come confronto, o conflitto, tra istanze pulsionali e figure interne interiorizzate, volte a contenere ed elaborare le pulsioni. L’esito di questo conflitto è diverso da persona a persona, da momento a momento della vita di ciascuno di noi. E’ escluso che si possa tracciare una linea sicura di demarcazione tra normalità e patologia, in tale ambito.

Con le ulteriori proposte ed evoluzioni della teoria di Freud, si giunge sino all’ipotesi che la vita mentale sia fondata su una elaborazione *pensata* delle dinamiche che organizzano la nostra simbolizzazione collusiva della realtà. Un’infinita varietà di situazioni marca la differenza tra *pensare* o *agire* le dinamiche simboliche collusive. Anche in tal caso è molto difficile, sarebbe meglio dire impossibile, definire quanto è normale o quanto è patologico, quanto appartiene alla salute e quanto alla malattia mentale in tale ambito.

Come origina la “patologia mentale” di una persona?

Se guardiamo al DSM, nelle sue varie versioni, non c’è alcuna ipotesi eziopatogenetica della psicopatologia. Almeno di quella psicopatologia maggiore che si riconosce negli stati psicotici gravi.

I tentativi di classificazione della malattia mentale sono i più diversi e utilizzano criteri eterogenei tra loro.

Proviamo a cambiare ottica.

Guardiamo a come si propone, al sistema sociale, la malattia mentale. Sarà facile rilevare che la prima manifestazione della malattia mentale consiste in un *fallimento della collusione entro il sistema di convivenza*, all’interno di specifici gruppi sociali. Se si accetta questa prospettiva di analisi dell’insorgenza della patologia mentale, le cose cambiano, e di molto. Si può infatti notare che il fallimento della collusione non è dovuto al comportamento di una singola persona, quanto all’*alterazione del sistema delle relazioni entro uno specifico contesto*, sia esso familiare come amicale, lavorativo, ludico.

Entro il sistema delle relazioni, il nostro è solo un esempio, un figlio quarantenne rimprovera alla madre di aver manifestato un attaccamento morboso nei suoi confronti, nella sua infanzia ormai lontana; rimprovera vivacemente, alla sorella maggiore, di averlo spinto verso atteggiamenti di incerta identità sessuale, nello stesso periodo, quando la sorella lo forzava a indossare degli abiti femminili. La madre e la sorella reagiscono, allarmate, alle accuse dell’uomo che, nel frattempo, rifiuta il lavoro, elabora fantasie di persecuzione nei confronti dei colleghi e dei suoi capi entro l’azienda alla quale appartiene, manifesta emozioni di ostilità nei confronti della moglie. In breve,

l'uomo perde il lavoro, si separa dalla moglie, riversa le sue acrimonie verso le due donne della famiglia d'origine; madre e sorella, tentano di affidarlo alle cure di uno psichiatra del Centro di Salute Mentale. La medicalizzazione richiede, per una sua efficacia, di avere quale oggetto un singolo individuo e l'uomo appare quale obiettivo ideale per questa operazione. Il nostro uomo "diventa" malato mentale, con una sua precisa diagnosi. Non con una sua terapia, poiché egli si rifiuta di accettare lo stato di malato mentale, sostenendo di essere una persona normale, una persona che rimprovera i suoi cari per i torti subiti nell'infanzia e che vede, tutti, allontanarsi da lui dal momento che i suoi rimproveri vengono vissuti come ingiusti, riferiti ad episodi ormai lontani, che tutti vorrebbero dimenticati. Quest'uomo è, al momento in cui accadono questi fatti problematici, in gravi difficoltà con un lavoro che sente come una sorta di declassamento rispetto alle sue attese di carriera, data la sua brillante preparazione non valorizzata; è in difficoltà con una moglie fredda e aggressiva con lui, per via della mancata maternità; una moglie profondamente legata alla famiglia di origine, che risiede in un paese lontano dall'Italia e alla quale fa frequentemente visita, allontanandosi dal marito per lunghi periodi. La madre gli rimprovera in modo sistematico l'unione con una donna per lui non adeguata, ripetendo frequentemente la sentenza: moglie e buoi dei paesi tuoi. La sorella lo ha effettivamente vestito da donna, nell'infanzia, per via di una irrefrenabile gelosia nei confronti del fratello maschio, apprezzato in modo vistoso dalla madre, possessiva del maschio e sprezzante nei confronti della figlia femmina. Sono dinamiche relazionali che possono succedere; è entro queste dinamiche che si può cogliere la reazione del nostro quarantenne problematico. Il CSM, di contro, ha predisposto un intervento volto a trattare l'uomo difficile; non riuscendo a mettere in pratica il piano terapeutico, si è di fatto disinteressato di lui, del suo caso e dei problemi familiari che il comportamento dell'uomo rende sempre più evidenti e difficili da affrontare per due donne sole, abbandonate a se stesse.

I malati mentali sono definiti "gravi", il più delle volte, proprio perché rifiutano di riconoscere il loro stato di malattia. La loro terapia richiede, quindi, il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). La legge 180 è chiara, al proposito; se guardiamo a come la legge è recepita nella 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, negli articoli 33, 34 e 35, ci si accorge infatti che i tre articoli di legge, concernenti la malattia mentale, fanno riferimento *tutti* al trattamento sanitario obbligatorio. Ecco i titoli dei tre articoli:

art. 33 – Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori

art. 34 – Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale

art. 35 – Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale

L'esordio dell'articolo 33 recita: gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

E' previsto anche il TSO, ovviamente; esso non viene più predisposto dalle forze dell'ordine pubblico, ma dall'autorità sanitaria.

"Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico".

Nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, è prevista l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. Nell'articolo 34 si dice:

"Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizione di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere."

Si istituisce, così, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso gli ospedali generali. Un servizio fortemente condizionato, nelle sue dimensioni e nel tempo di degenza consentito; ciò al fine di prevenire ogni riorganizzazione, sotto mentite spoglie, del vecchio O.P.. Cosa puntualmente riproposta con la legge in precedenza ricordata.

La revoca del ricovero è tutelata giurisdizionalmente in modo forte, al fine di evitare ogni forzatura della libertà della persona. Il TSO viene accettato, ma se ne soffrono le intrinseche contraddizioni con la libertà e la dignità della persona.

E' in questa contraddizione tra libertà della persona e obbligatorietà del trattamento che si ripetono le contraddizioni giuridiche, psicologiche, sociologiche e antropologiche insite nel vecchio Ospedale Psichiatrico. La legge 180, più che orientare a un'azione medica, sembra prevalentemente preoccupata di tutelare la libertà della persona, limitando a tal fine il potere dell'intervento medico. Non può, d'altro canto, soccombere a questi vincoli; la pressione sociale alla *tutela della convivenza* sembra, ancora una volta, prevalere sulla tutela nei confronti della libertà della singola persona. Se non ci fosse la preoccupazione di tutelare la convivenza, la 180 avrebbe assunto ben altre forme e i servizi di salute mentale avrebbero vissuto ben altre esperienze.

Il potere psichiatrico si trova a dover combattere tra due dinamiche contrapposte, espressioni della contraddizione che lo psichiatra vive nella sua funzione e nel suo ruolo, entro il sistema sociale: da un lato l'*onnipotenza* del decidere circa il comportamento, le emozioni, l'equilibrio mentale di un "altro", anche contro il suo parere e la sua volontà; dall'altro l'*impotenza* che deriva dal suo porsi "obbligatoriamente" al servizio della cultura della convivenza, prendendo le parti della componente conformista del sistema sociale, "contro" la sua componente non conformista, non ancorata al senso comune, deviante. Posizione obbligata, è bene sottolinearlo; pena la scomparsa dell'intero sistema psichiatrico.

E' all'interno di questa contraddizione che si strutturano i Servizi di Salute Mentale nel nostro paese, a partire dalla fine degli anni settanta.

Nell'impasse, la psichiatria si è infilata perché non ha saputo far a meno della matrice medica, che la caratterizzava all'epoca dell'Ospedale Psichiatrico e che si è ancor più rafforzata con l'introduzione della nozione di salute mentale quale *fisiologia della mente*, alla quale contrapporre la malattia mentale. Non è un caso che poche siano state le critiche all'improvvida introduzione della nozione di salute mentale, all'appoggio che questa nozione deve cercare nella nozione di normalità e alle profonde contraddizioni che questi due pretesi ancoraggi comportano.

Qualcuno ha detto che è molto meglio parlare di salute, promuovendo la salute, piuttosto che parlare di malattia. Le due dimensioni sono inestricabilmente collegate nell'ambito della medicina. Ma quando si parla di salute mentale, di psicologia della salute, di benessere, di equilibrio affettivo o comportamentale, di felicità, come s'è rapidamente visto più sopra, si propone un sistema di potere, per chi si arroga il diritto di definire la salute e la normalità, ben più pericoloso di chi si adopera nel curare la malattia.

Interventi fondati sulla domanda e orientati alla relazione

Se le premesse basagliane fossero state portate alle loro coerenti conseguenze, rinunciando al costrutto di malattia mentale individuale e al costrutto, pure fondato sul modello individualista, di salute mentale, si poteva pensare ad un modello di intervento caratterizzato da due caratteristiche centrali:

a – intervento *fondato sulla domanda* (formulata sia dell'individuo che dal sistema sociale contestuale)

b – intervento *orientato alla relazione*, non al singolo individuo

Si può essere orientati alla relazione anche quando si lavora con una singola persona; non sempre l'intervento che ha come oggetto di analisi la relazione, deve vedere tutte le componenti della relazione presenti nell'intervento stesso. La relazione ha a che fare con i vissuti più che con i fatti. Ma andiamo con ordine.

Che significa intervenire in base ad una domanda? L'analisi della domanda si fonda sull'assunto che la domanda sia formulata in base ad un problema. E i problemi, nell'area mentale, hanno sempre a che fare con "oggetti" mentali simbolizzati. Quindi, con la trasformazione simbolico affettiva di oggetti della relazione e di contesti di relazione.

Fondare il proprio intervento sulla domanda significa, per chi opera nell'ambito del mentale, liberarsi dalla necessità di diagnosticare, di avere quale riferimento una categorizzazione psicopatologica, un riferimento criteriale che elenca e classifica le malattie mentali. L'intervento, se fondato sulla domanda, comporta la competenza a trattare con i problemi che motivano all'intervento dello psichiatra, non a trovarne una giustificazione psicopatologica.

Già le persone o i gruppi sociali definiti quale "nuova utenza" hanno con i servizi di salute mentale un rapporto fondato sulla domanda e la sua analisi. O, almeno, dovrebbero. Ma analizzare una domanda d'intervento significa avere competenze a categorizzare emozionalmente la relazione con chi pone la domanda. E, con questo, sospendere quel tipo di relazione fondata sul potere diagnostico che si propone quale relazione dominante – dominato, non molto differente dalla relazione vista in precedenza a proposito della suggestione ipnotica.

Un caso. Una madre trentenne, di origine romena, separata dal marito italiano con il quale ha avuto due figli, porta ad un servizio materno-infantile il figlio minore, di tre anni, su segnalazione della scuola materna ove il bambino passa la maggior parte delle ore diurne. Le maestre, dice la madre al neuropsichiatra infantile e alla psicologa che incontra al servizio, si lamentano per la tendenza del bambino a chiudersi in se stesso, per la sua scarsa socievolezza. La psicologa, parlando del caso con uno di noi, ricorda che la madre è socialmente isolata, frequenta una setta religiosa ove è profondamente implicata nella relazione equivoca con un sedicente santone, appare trasandata nel vestire, poco interessata al figlio, propensa a deresponsabilizzarsi del rapporto con lui, nella speranza che il servizio se ne possa occupare. Il servizio organizza rapidamente alcuni incontri di diagnosi e, successivamente, un lavoro psicoterapeutico con il bambino. Contemporaneamente, la madre verrà seguita da uno psicologo per discutere del suo atteggiamento educativo. Quest'ultima iniziativa, peraltro, dura solo pochi incontri; la madre non si fa più viva con lo psicologo, pur accompagnando il figlio, regolarmente, alla psicoterapia e all'arteterapia che occupano il bambino per gran parte del pomeriggio. Ecco un caso esemplare, soprattutto se si tiene conto che il bambino appare, al neuropsichiatra infantile, senza problemi evidenti, capace di mettersi in relazione con lui e di impegnarsi emozionalmente nel rapporto, ricambiando l'attenzione che riceve dallo psicoterapeuta. La mancata analisi della domanda porta, quindi, alla psicoterapia di un bambino "normale", senza problemi apparenti o visibili nella relazione terapeutica; al contempo comporta, da parte del servizio, l'acritica accettazione dell'abbandono dell'approfondimento educativo da parte della madre, dopo che il servizio aveva colluso con lei accettando la sua domanda di porre il figlio in terapia. Il "problema" posto dalla madre, con la sua domanda al servizio, concerne lei stessa, la sua inesistente relazione con il figlio, non voluto e traccia scomoda di una relazione interrotta con il padre del bambino; concerne l'isolamento affettivo di una donna incapace di organizzare una rete di relazioni soddisfacente, e per questo irretita entro dinamiche di coinvolgimento acritico con persone problematiche appartenenti ad una setta religiosa, plagiata da un santone che la domina e la guida nel disinteresse per il figlio, nell'immergersi entro l'esperienza mistica da lui guidata. Sull'evidente problema posto dalla madre con la sua domanda, solo apparentemente motivata dalle maestre della scuola materna frequentata dal figlio, prevale la diagnosi nei confronti del figlio, l'unico protagonista senza alcuna domanda, nell'intera vicenda. Mettere il figlio in terapia: significa colludere con la fantasia della madre di disfarsi del figlio, affidandolo al servizio; significa colludere con la propensione della madre all'impegno acritico entro quell'esperienza religiosa che la sta allontanando sempre più dal figlio e dalla sua funzione materna. Significa, infine, porre in terapia un bambino di tre anni, senza una domanda in proposito, e ignorare la domanda posta indirettamente dalla madre.

Diagnosi e analisi della domanda sono, assieme all'*accoglienza*, le tre funzioni che il progetto obiettivo 1998 – 2000 prevedono per il Centro di Salute Mentale (CSM), in Italia.

Queste dimensioni vengono proposte come giustapposte, nel lavoro del CSM. Si accolgono le persone nel CSM, si fa diagnosi, si fa anche analisi della domanda. No, le cose non stanno così. La diagnosi, se posta tramite i criteri diagnostici della psicopatologia, impediscono di analizzare la domanda posta dall'utenza al servizio. Impediscono, anche, di accogliere le persone che portano una domanda. Accoglienza e analisi della domanda sono attività del CSM in stretta coerenza tra loro. La diagnosi, di contro, prevede che il paziente, indipendentemente dai problemi che porta al

servizio con la sua domanda, venga etichettato, irreggimentato entro categorie che lo confrontano con la salute mentale, con la patologia mentale, che lo differenziano dalla normalità, dal benessere della persona che gode di salute mentale, definendolo nel suo scarto dal modello che si pretende "fisiologico" per la salute mentale stessa. Così facendo, si perdono di vista le relazioni delle quali parla la persona che porta la sua domanda al servizio, così come si perde di vista la relazione che la stessa persona instaura con il personale del servizio stesso. La diagnosi comporta una relazione, certamente; si tratta, peraltro, di una relazione fondata su una forte asimmetria di potere, di una relazione ove il tecnico forte può esercitare il suo potere sull'utente debole, acriticamente dipendente dal primo. Questo andrebbe bene se il problema fosse "tecnico": ad esempio un problema medico internistico; così come andrebbe bene se il problema concernesse il motore della propria automobile o i problemi di sopravvivenza e di sviluppo delle piante di un terrazzo. Il medico specialista di medicina interna, il vivaista che si prende cura del terrazzo, il meccanico che ripara il motore dell'auto, sono tutti tecnici forti che hanno a che fare con utenti deboli. E' il mercato che regola la relazione tra tecnico e profano. Le cose stanno ben diversamente, nel caso della diagnosi psichiatrica. Stanno altrimenti perché la diagnosi confronta la patologia mentale con la salute mentale; quindi con la normalità psichica, con il benessere, con l'equilibrio di tipo affettivo, emotivo, neurobiologico, del tono dell'umore, cognitivo e comportamentale. Si tratta di dimensioni che la persona, l'individuo con la sua libertà rivendica a se stesso, dimensioni la cui valutazione non può essere delegata ad altri. E' soltanto la domanda posta dalla persona che può legittimare i tecnici del CSM ad intervenire entro tale ambito.

Dal manicomio al Dipartimento di Salute Mentale. Di strada ne è stata fatta, e molta. Sicuramente le condizioni dei malati mentali sono migliorate, di molto. Il manicomio non faceva che peggiorare le condizioni degli alienati mentali, costruendo la loro alienazione. La *vis observandi*⁴ creava quelle forme stereotipali del comportamento che caratterizzavano le varie famiglie di malattia. Si pensi, ad esempio, alle espressioni emozionali di una malata internata in manicomio, volte ad esprimere gioia, contentezza, esuberanza emozionale con l'accennare a passi di danza⁵. Si pensi, al contempo, che a queste espressioni non corrispondeva mai alcuna risonanza emozionale negli altri, nel personale infermieristico o medico del manicomio (ma che, siamo matti!), come negli altri malati. La solitudine di queste espressioni, il loro rinforzo tramite l'approvazione dei medici che, osservando e senza alcuna risonanza o partecipazione emozionale, ne valutavano la tipicità espressiva con gravi cenni di apprezzamento, rendevano in poco tempo fortemente stereotipate e prive di senso le movenze di quella malata. Nel manicomio, di fatto, non esistevano relazioni tra persone, volte a comunicare qualcosa di reale, non c'era dinamica interpersonale entro la quale coinvolgersi. L'assenza di questa dimensione interpersonale era la connotazione più tipica e più triste della vita quotidiana, nei reparti manicomiali.

Oggi le cose stanno diversamente.

Ma il movimento psichiatrico che ha portato alla legge 180, si è arrestato a metà strada. Si è arrestato perché non si sapeva bene da che parte andare. La componente "contro" il manicomio era chiara e il coraggio di dire basta con quell'insieme di sadismo, custodialismo, supponenza, violenza della psichiatria, ha portato alla chiusura dell'O.P.. La componente di superamento dell'O.P. si è arrestata a metà percorso, senza saper trovare un suo sviluppo originale e innovativo. Pensiamo che la contrapposizione tra salute mentale e psicopatologia abbia avuto una sua efficacia negativa molto forte. Una efficacia dovuta al bisogno, da parte della psichiatria post - O.P., di dare una risposta forte, in senso individualista e stigmatizzante tramite la diagnosi, al dato evidente circa l'origine "psicosociale" della malattia mentale. La psichiatria, pur colpevolizzando quel sistema sociale e familiare che, a suo dire, si era voluto disfare del malato mentale all'epoca del custodialismo, non ha saputo fare a meno dell'ordinamento categoriale diagnostico, dell'etichettamento individualista, quindi del potere medico sull'individuo malato. Per certi versi, con l'introduzione della nozione di salute mentale, le cose sono peggiorate rispetto al passato. Per

⁴ *Ob-servo, avi, atum, are* in latino significa osservare, considerare, ma anche spiare e, soprattutto, custodire, sorvegliare. Le due aree del significato sono strettamente connesse, nel caso del manicomio: si osserva sorvegliando e custodendo; si sorveglia e si custodisce, osservando.

⁵ Sì, a volte era possibile essere contenti, allegri, provare gioia tramite l'accenno a passi di danza, anche in manicomio.

fortuna, sembra che nessuno faccia davvero caso a quanto dovrebbe discendere dal parlare di salute mentale, di normalità, benessere e via discorrendo.

Di contro, sembra che l'utenza dei CSM abbia saputo cogliere la possibilità di trasformare la diagnosi di malattia mentale nella proposta, alla psichiatria, dei propri problemi. La nuova utenza, di fatto, porta ai servizi di salute mentale i propri problemi di vita, di relazione, di rapporto con le proprie simbolizzazioni affettive nei confronti dei vari aspetti della realtà. La nuova utenza, quindi, può essere trattata solo con l'analisi della domanda, sin dal momento dell'accoglienza. E' questo il grave problema di competenza che si pone entro l'aggiornamento professionale del personale che opera all'interno dei servizi di salute mentale.

Questa è la profonda dicotomia che caratterizza i CSM e che si riflette sulla loro cultura. Da un lato, con la diagnosi e con il trattamento del malato mentale, si risponde alla domanda sociale di controllo e di ripristino dei fallimenti collusivi, grazie agli psicofarmaci, agli SPDC, alle comunità riabilitative o terapeutiche. In futuro, forse, grazie anche al trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato. Dall'altro, si cerca di dare una risposta competente alla domanda della nuova utenza, attraverso un lavoro che si fonda sulla relazione, sull'analisi delle simbolizzazioni affettive, sull'intervento fondato sulla comprensione delle componenti simboliche della relazione tra il personale psichiatrico e il singolo nel suo contesto o i gruppi sociali tout court. Non si coglie ancora che questa seconda prospettiva di lavoro potrebbe interessare anche la prima categoria di utenti, se appena si analizzasse la domanda implicita del sistema sociale, se si avessero categorie per esplorare la dinamica di rapporti entro la quale insorge e si manifesta nelle sue componenti costitutive la crisi, invece di agire collusivamente con la domanda di stigmatizzazione del malato.

Bibliografia

Fornari, F. (1966). *Nuovi orientamenti nella psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli.

Riferimenti normativi

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. Testo unificato delle proposte di Marinello, Guzzanti, Barbieri, Ciccioli, Jannone, Picchi, Garagnani, Polledri (17 maggio 2012). Retrieved from http://www.regioni.it/it/show-proposta_di_testo_unificato_assistenza_psichiatrica/news.php

legge 180 833/1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" Retrieved from <http://www.salute.gov.it/ministero/sezMinistero.jsp?label=principi>