

Introduction

*Fiorella Bucci**, *Fiammetta Giovagnoli***

After many years of work and conceptualization on the issue of mental illness within the Italian social system, in this Special Issue *Rivista di Psicologia Clinica* has invited scholars and professionals from other countries to exchange their thoughts and experience on this subject.

The present confronts us with a prevailing diagnostic culture which seems to produce amnesia of other interpretative models and traditions of intervention concerning mental illness different from diagnosis itself; at the same time we are seeing an increasing tendency to reify diagnostic categories and forget the historical and cultural backgrounds from which the latter stem.

In our hypothesis, the different interpretative models of mental illness which have been elaborated during modernity and contemporaneity, can be collected into two main spheres: on the one hand, interpretative models which focus on the individual, on the other hand, those which focus on the relationship between mental illness and the social context.

We asked scholars from different countries and areas of study to contribute with theoretical essays, research studies, clinical experiences, to a critical reflection on this dichotomy: mental illness as a problem of the individual *versus* mental illness as a problem which arises from the relationship with the social context, within social coexistence. In particular our aim is to explore what are the specific limits and criticalities and, at the same time, the specific resources and products of each one of the two aforementioned interpretative models as far as clinical intervention is concerned.

The call for an interdisciplinary participation is in line with a model of clinical psychology – which characterizes specifically the cultural and scientific editorial line of RCP – that focuses on the symbolical and social contexts of the problems it deals with and thus is interested in collecting as many points of view as possible in order to shed light on the contextual dimensions and contribute to the framing of models for the latter's interpretation. At the same time, interdisciplinarity is, from our perspective, a useful premise to a critical thought on the tools that specialized knowledges – both disciplinary and professional – are employing as well as, in general, on their contribution to the functioning of social coexistence.

In relation to such premise the international framework finds its sense. Since it allows a confrontation between different cultural experiences, it stresses the importance of contextual analysis.

Moreover, as far as the topic of this Special Issue is concerned, international exchange plays a fundamental role. A broad scholarly tradition has highlighted the role of psychiatry in the shaping of modern state and to the modern creation of normative models of subjectivity (and, consequently, of participation to social life). Starting from such hypothesis and aiming at verifying its limits and developments, we found it natural to assume the national dimension – and thus the international comparison – as still useful framework to understand experiences, acknowledge cultural differences and discover transversalities.

* GhentUniversity, Department of Languages & Cultures, Center for Intercultural Communication and Interaction (CICI). Psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy, Guest Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology). Mail: fiorella.bucci@gmail.com

** Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Clinical Psychology, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

Finally, the focus on intervention is another main feature of this Special Issue we want to bring to the attention of the reader. RCP has always been interested in giving space and sense to the clinical practices of intervention which scholarly literature has often neglected. Those who conceptualise clinical psychology and those who practice it have the tendency to ignore one another, with a consequent damage for the development of our profession. Therefore, we particularly appreciate those contributions which aim at conceptualizing, discussing, and problematizing working practices.

Renzo Carli and Rosa Maria Paniccia in their opening essay provide some extraordinary significant keys to understand the *emotionality* that marks the relationship with the 'madman': *in primis* fear. We regard as "mad" those who do not share the collusive pact that underlies the social coexistence within a determined social system; the violation of the agreement between fellow-men exposes sociality to the risk of falling into a state of wildness, unlimited aggressiveness, non-existence. The authors give us the opportunity to question whether and how psychiatry has been concerned with this emotional problem. Actually the transition from the 'madman' to the 'mentally ill' is highly critical if we consider two fundamental and intertwined questions: differently from medical pathology, as far as 'mental pathology' is concerned, the process which leads to establish a confine between health and illness does not imply the person's own subjective decision, thus followed by a legitimate medical intervention; furthermore, if the connection with the cultural models, the resources of imagination, the richness of the emotional symbolizations that form the basis of the social process, is lost, the psychiatric diagnosis gives us a powerless representation of the fear associated to mental illness, without any hope of ironic thinking and understanding. The iconology of *melancholia* from ancient times to our days allows to recognize such differences.

In the contemporary construction of mental illness, and related intervention practices, a very relevant part is played by the biologization of the problem. Amaro J. Laria in his paper provides a wide and highly comprehensive view on the healthcare system in the U.S.A. and the multiple contexts that are currently contributing to the dominance of a biology-based interpretative framework in the field of mental health. By means of an accurate and articulate description of the several points of view which are involved (professions, health care insurance and pharmaceutical industries, consumers, social system), the author shows principal obstacles and possible strategies for a true implementation of a biopsychosocial mental health practice.

Bernard and Pauline Guerin's essay brings a further degree of complexity into our analysis. The authors propose a critical evaluation of western prevailing mental health models and treatments for their inability to assume a multicultural approach, since they are ultimately inscribed into an individualistic paradigm that undermines the understanding of social relations and contexts. By discussing two cases concerning a Somali community in New Zealand, the authors present a model of analysis of social relationships which allows to comprehend how different groups, communities and cultural traditions are informed by diverse social strategies as well as factors of conflict. Under this interpretative framework, symptoms and behaviours can be read from a relational perspective instead of in terms of psychopathology.

By reading these works it becomes clear that dealing with the contextual dimensions as residual components, namely additions to intervention practices which remain - both in their political and theoretical-epistemological premises - oriented to the individual, is fundamentally ineffective.

Bucci's article and Bucci's, Campagnola's and Taguchi's interview to Kazushige Shingu - leading figure in Japanese lacanian studies - continue a cultural analysis - this time specifically intercultural - by presenting a research on the representations of mental illness in contemporary Japan in a comparison to Italy. The exchange with Japan, while on the one hand shows profound and specific historical differences, on the other allows to discover how much transversal and complex is the meaning acquired by mental illness within the wider experience of modernity. By analyzing the discourse of professionals and scholars in the field of psychiatry as well as of social sciences and humanities, the authors brings to our attention different cultural approaches to mental illness which coexist today and the specific resources for intervention they offer. The cultural bases of the importance of psychiatric hospitals in Japanese mental health system are discussed, as well as those of a social warrant toward psychiatry which seems to renew, differently from the evident,

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Bucci, F., & Giovagnoli, F. (2014). Presentazione [Introduction]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-8.
Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

crisis in many western countries. On the other hand a new and increasing demand toward psychology is emerging from social sectors like the workplace and school (the places *par excellence* of productive action and preparation for productive action). The research shows the fundamental influence the critical reflection on psychiatry has been having within the academic debate on the political value of sciences and how this debate has become increasingly disconnected from vital questions. Conversely we can see the extraordinary power of arts in integrating diversity. Shingu's reflection, in particular, lets us know cultures of madness that have preceded the psychiatric definition and discover interesting points of convergence between the psychoanalytic theory and the Sino-Japanese tradition concerning the problem of human subjectivity.

The three following contributions focus closer on the issue of clinical intervention, examining from an interesting variety of angles, the functioning of mental health centers. In many countries which have adopted a community-based mental health care model, the mental health center is the main actor in the planning and carrying out of the intervention.

Sofia Triliva's and Anastasia Georga's paper continues to investigate the point of view of mental health professionals. They present a research, based on interviews with psychologists in Community Mental Health Centers in Athens and Crete, on how the psychotherapeutic process has changed as a consequence of the strong national socio-economic crisis. The authors point out how the employ of individualistic and symptoms-centered (i.e. such as depression and anxiety) interpretative models, on the one hand prevents psychotherapist from recognizing changes in the user's demand, on the other has the effect to dampen in the clients reactions of social solidarity, resistance, collective engagement social sciences are calling as crucial resources for the country's rebirth. The crisis – the social context – 'creeps into' the psychotherapeutic session in terms of empathy and personal identification the psychotherapists report to feel more intensely today than in the past. It is to be noted that in the experience of the population the present crisis symbolically echoes past experiences of 'occupation' and 'colonization': first the Ottoman, later the WWII Nazi occupation years.

In his essay Roberto Vari analyzes the cultures and models of the clinical intervention dealing with mental disorders in Italian Mental Health Centers. His proposal distinguishes for a methodological theorization that draws systematically from clinical experience pursuing remarkable results. The core of his analysis can be expressed as follows: clinical intervention entails a contextual space that varies in relation to the complexity of the relational system which is taken into account as relevant for the intervention itself; the author shows how the progressive shift from models which focus on the intra-psychic to models which assign importance to the interpersonal (including even the Mental Health Center as a relevant component of the relational field) has a clear impact on the aims and effectiveness of the intervention. The paper provides the groundwork for a new system of categorization of the demand with a focus on critical situations within social coexistence rather than on pathology, integrative rather than corrective goals, the functioning of the mental health center as an organization rather than a collection of self-referential techniques.

Rosa Maria Paniccia, Francesca Dolcetti, Fiammetta Giovagnoli and Cecilia Sesto as well discuss the mental health centre, the history and culture of this service in Italy, and present a research that compares the citizens' demand, in its various components, and the representation of the professionals, namely of those who manage the reception service which is the organisational function aimed at the reception of the demand. Looking at the research results, it is interesting to notice how citizens' demand is not centred on the individual and severe mental illness, but on problems concerning social coexistence. Invited to reflect on mental health services and on the use one could make of them, the citizens evoke the risk of marginalisation and violence inside an anomic context. There is a conflict inside the family beleaguered by the consequences of relationships falling apart whose weight is beard by the women, and a conflict inside a wider social context, characterised by the violence of money and marginalisation. The youth is the main victim of the latter, which is read by the authors as a "marginalisation of the future" itself. It also deserves notice how the most innovative demand from the interviewed citizens focuses on the education to develop competent and affectively 'close' relationships. In the culture of the reception service, the possibility of seizing the problems in social coexistence that the citizens indicate is present but secondary.

3

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Bucci, F., & Giovagnoli, F. (2014). Presentazione [Introduction]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-8. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

In her article, Mary Gloria C. Njoku investigates the interpretative models of mental illness and the attitude towards it in a group of university students and teaching personnel from different states in South-Eastern Nigeria. The inquiry brings to our attention the problem of social integration of people with mental illness and the complexity of the fight against stigmatization. The author points out the spread belief that mental illness is the consequence of drug abuse – which generates moral condemnation – and the prevalence of discriminatory behaviours against people with mental illness – one would not like them to live next door, one would not employ them in his/her own firm, etc. – while, in principle, the interviewees call for more tolerance and respect rather than segregation.

Finally, the article by José Ornelas, Francesca Esposito and Beatrice Sacchetto presents the experience of AEIPS, a Lisbon based association with more than twenty years of activity in the integration of people with mental illness – mostly with a diagnosis of schizophrenia and with a story of hospital treatment – in the community by means of education, employment, and housing services. Inspired by the theoretical principles of community psychology, the activity of this association is notable for its ability in mobilizing resources and interests by means of a continuous research of coalitions and alliances inside local communities, in obtaining and monitoring results through a long-going collaboration with university and a systematic use of research in order to found and verify interventions. The article is praiseworthy because it brings attention to the products of the association's initiatives and services, showing innovative aspects as well as criticalities.

We want to underline that this Special Issue presents all original works which have been produced by the authors in relation to the proposed theme of reflection. Our purpose was to create an opportunity for exchange through which renewing our shared interest, research and work on the theme of mental illness. The project of this Issue itself comes from several previous exchanges that we hope to continue. *Rivista di Psicologia Clinica* is planning to guest in the next editions comments on this Issue which might help us in reading transversally its contents and highlighting its findings.

We would like to thank Maddalena Carli for her invaluable and always enlightening advice during the preparation of this Special; as well as Agostino Carbone and Enzo Finore for their help in establishing motivated and extremely meaningful relationships with many of the contributors.

Presentazione

*Fiorella Bucci**, *Fiammetta Giovagnoli***

Dopo molti anni di lavoro e di concettualizzazione sulle problematiche della malattia mentale nel sistema sociale italiano, con questo Numero Speciale la *Rivista di Psicologia Clinica* vuole ospitare uno scambio su questa tematica con studiosi e professionisti di altri paesi.

Ci troviamo oggi in una fase in cui una prevalente cultura della diagnosi sembra generare un'amnesia di altri modelli di lettura della malattia mentale maturati entro tradizioni di conoscenza e di intervento diverse dalla diagnosi, così come assistiamo a una tendenza sempre più pervasiva a reificare le categorie diagnostiche, dimenticando i percorsi storici e culturali di cui sono il prodotto.

Pensiamo che i differenti modelli di lettura e le cornici interpretative della malattia mentale elaborati nel corso della storia moderna e contemporanea, possano essere compresi entro due grandi sfere: da un lato letture che hanno messo al centro della problematizzazione l'individuo, dall'altro letture che hanno messo in relazione la malattia mentale con il contesto sociale, i processi e i problemi della convivenza.

Abbiamo invitato studiosi di diversi paesi e ambiti disciplinari a proporre contributi teorici, ricerche o esperienze di intervento per una riflessione critica su questo crinale: la malattia mentale come problema dell'individuo *versus* la malattia mentale come problema che si sviluppa nella relazione con i contesti sociali. In particolare è nostro interesse esplorare quali risorse, quali sviluppi, quali prodotti o invece quali limiti e problemi, la differente lettura della malattia mentale configura sul piano dell'intervento.

L'invito ad una partecipazione interdisciplinare è in linea con un modello di psicologia clinica – che qualifica in modo specifico la direzione scientifica e culturale di RPC – interessata a conoscere i contesti (simbolici e sociali) dei problemi di cui si occupa e dunque a convocare quante più ottiche siano capaci di fare luce sulle dimensioni contestuali e contribuire alla costruzione di modelli per la loro lettura.

Al contempo l'interdisciplinarietà è dalla nostra prospettiva una premessa molto utile ai fini di un pensiero critico sugli strumenti che i saperi specialistici – disciplinari o professionali – stanno mettendo in campo e in generale sul loro contributo integrativo di risorse a sostegno dei problemi e dei processi della convivenza; quindi sull'efficacia, l'inefficacia o meglio i limiti, sensati e auspicabili, di tale contributo.

La cornice internazionale trova senso in rapporto a tale premessa. Permettendo un confronto tra esperienze culturali diverse, essa accentua l'esplorazione della dimensione contestuale.

Inoltre, rispetto allo specifico tema trattato in questo Numero Speciale, il confronto internazionale assume particolare rilievo. Un'ormai ampia tradizione di studi ha evidenziato il ruolo cruciale che la psichiatria ha avuto nella formazione dello stato moderno, contribuendo alla costruzione di modelli normativi della soggettività – e contestualmente della partecipazione alla vita sociale – in senso moderno. Dentro questa ipotesi e interessati a verificarne limiti e sviluppi, ci è parso sensato assumere la dimensione nazionale –

* Università di Gent, Dipartimento di Lingue e Culture, Centro per l'Interazione e la Comunicazione Interculturale (CICI). Psicologa, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica, Guest Editor della *Rivista di Psicologia Clinica*. Per comunicazioni: fiorella.bucci@gmail.com

** Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor della *Rivista di Psicologia Clinica*, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Per comunicazioni: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

quindi il confronto internazionale – come cornice ancora utile per conoscere esperienze, riconoscere differenze culturali, scoprire trasversalità.

Il focus sull'intervento è infine un altro organizzatore importante di questo Numero Speciale che vorremmo porre all'attenzione del lettore. La Rivista è da sempre interessata a dare spazio e senso alle prassi cliniche di intervento spesso poco valorizzate dalla letteratura di settore. Tra chi concettualizza la psicologia clinica e chi interviene nell'ambito della psicologia clinica si riscontra spesso un reciproco ignoramento poco utile allo sviluppo della nostra professione. Preziose ci appaiono dunque le resocontazioni tese a concettualizzare, discutere, problematizzare le prassi di lavoro che in questo numero ospitiamo.

Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia nel loro saggio di apertura ci offrono chiavi straordinariamente significative per comprendere l'emozionalità che connota la relazione con il 'matto': in primis la paura. Consideriamo matto chi non condivide il patto collusivo che regge la convivenza entro un dato sistema sociale; la violazione dell'accordo tra simili espone la socialità al rischio di ricadere in uno stato feroce, di predatorietà infinita, di non esistenza. Gli autori ci aiutano a chiederci se e come la psichiatria si è occupata di questo problema emozionale. Il passaggio dal 'matto' al 'malato mentale' è infatti altamente critico se si considerano due ordini di questioni, interrelate e fondamentali: il processo istituzionale il rapporto tra normalità e patologia, nella 'patologia mentale', diversamente da quella medica, non implica una scelta soggettiva dell'individuo, cui segue legittimato l'intervento medico; inoltre, se si perde il legame con i modelli culturali, con le risorse dei processi immaginativi, con la ricchezza delle simbolizzazioni emozionali alla base del processo sociale, di cui la follia è parte e violazione, la diagnosi psichiatrica ci consegna una rappresentazione impotente della paura associata alla malattia mentale, senza speranza di pensiero e di comprensione ironica. L'iconologia della *melanconie* nella storia consente di vedere queste differenze.

Nella costruzione contemporanea della malattia mentale, e relative prassi di intervento, una parte molto rilevante è giocata dalla biologizzazione del problema. Amaro J. Laria nel suo contributo offre una visione ampia e molto comprensiva sul sistema sanitario negli U.S.A. e sui numerosi contesti che attualmente concorrono alla dominanza di una lettura biologista nel campo della salute mentale. Attraverso una rappresentazione accurata dei molti punti di vista coinvolti (professioni, compagnie assicurative, case farmaceutiche, consumatori, sistema sociale) vediamo quali impedimenti e quali prospettive si danno ai fini della realizzazione effettiva di un modello di intervento biopsicosociale.

Il saggio di Bernard e Pauline Guerin introduce un ulteriore elemento di complessità nella nostra analisi. Gli autori propongono una critica dei modelli interpretativi e di intervento prevalenti nei paesi occidentali per la loro incapacità di assumere un'ottica multiculturale, poiché iscritti in un paradigma fondamentalmente individualistico che oscura la comprensione delle relazioni sociali. Discutendo due casi riguardanti la comunità somala in Nuova Zelanda, viene presentato un modello di analisi delle relazioni sociali capace di leggere differenze nelle strategie di adattamento e nei fattori di conflitto caratterizzanti gruppi, comunità, tradizioni culturali diverse e così dare senso a sintomi e comportamenti in chiave relazionale piuttosto che psicopatologica.

Questi lavori rendono chiaro che trattare le dimensioni contestuali – siano esse lette attraverso modelli psicologici, sociali, psicosociali o culturali – come aspetti residuali, componenti aggiunte per sommatoria a assetti di intervento che rimangono nelle loro premesse politiche e teorico-epistemologiche orientati all'individuo, è fondamentalmente inefficace.

L'articolo di Bucci e l'intervista di Bucci, Campagnola e Taguchi a Kazushige Shingu – figura guida negli studi lacaniani in Giappone – proseguono un'analisi culturale, questa volta interculturale, attraverso una ricerca sulle rappresentazioni della malattia mentale nel Giappone contemporaneo in una comparazione con l'Italia. Il confronto con il Giappone, nella sua differenza storica, ci consente di vedere il duplice significato simbolico - questo invece profondamente trasversale – che ha caratterizzato l'esperienza della modernità: l'aspirazione emancipatoria, rappresentata dal progetto moderno della scienza psichiatrica, con l'ospedale, da un lato, l'esigenza di una continuità con il passato, rappresentata dalla persistenza di una prassi antica di

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Bucci, F., & Giovagnoli, F. (2014). Presentazione [Introduction]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-8. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

custodia in famiglia del malato mentale dall'altro. Analizzando il discorso di una gamma ampia di professionisti e studiosi, negli ambiti della psichiatria e delle scienze umane e sociali, gli autori pongono all'attenzione questioni coinvolgenti nuovamente perché specifiche e al contempo suggestive di comprensioni trasversali: si esplorano le premesse culturali del rilievo dell'ospedale psichiatrico nella salute mentale giapponese e di un mandato sociale verso la psichiatria che appare rinnovarsi diversamente dalla crisi evidente in molti paesi occidentali; la psicologia di converso evoca una domanda, emergente e molto ampia, da parte dei luoghi di lavoro e della scuola connessa a problemi di riuscita, non in termini di efficacia dei comportamenti, bensì della possibilità soggettiva di dare senso all'impegno di cui si è parte; nel mondo accademico la riflessione critica sulla psichiatria ha influenzato in modo fondamentale il dibattito sul ruolo politico delle scienze, dibattito che sembra non trovare più oggi chiavi di accesso a problemi vitali; vediamo invece una capacità straordinaria dell'arte nell'integrazione della diversità. La riflessione di Shingu in particolare ci fa conoscere culture della follia che hanno preceduto la definizione psichiatrica e scoprire interessanti punti di convergenza tra il pensiero psicoanalitico e la tradizione sino-giapponese nell'affrontare il problema della soggettività umana.

Con i tre contributi seguenti, la riflessione focalizza il problema dell'intervento prendendo in esame, da una varietà interessante di angolazioni, il funzionamento dei centri di salute mentale. Il centro di salute mentale in molti contesti nazionali che hanno adottato un modello di assistenza su base comunitaria, rappresenta lo snodo centrale nella pianificazione e attuazione dell'intervento.

L'articolo di Sofia Triliva e Anastasia Georga continua a investigare il punto di vista dei professionisti della salute mentale. Viene presentata una ricerca con interviste a psicologi greci sul cambiamento del lavoro psicoterapeutico all'interno dei centri di salute mentale in seguito alla forte crisi socio-economica che ha colpito il paese. Le autrici evidenziano come l'uso di modelli interpretativi centrati sull'individuo e sulla dimensione sintomatica (ansia, depressione ad es.), da un lato non consente agli psicoterapeuti di riconoscere i cambiamenti della domanda, dall'altro ha l'effetto di spegnere nei clienti quelle spinte di solidarietà, di resistenza, di partecipazione collettiva, che le scienze sociali stanno invocando come risorse preziose per una rinascita del paese. La crisi - il contesto sociale - riesce a insinuarsi, a fare breccia nella psicoterapia solo in termini di empatia, di vicinanza personale che gli psicoterapeuti dicono di sentire verso i loro clienti, oggi più che in passato. Molto significativa è, nel vissuto della popolazione, la risonanza simbolica della crisi attuale - imposta da forze esterne, dalle politiche neoliberali e dalla finanza globale - con passate esperienze di 'occupazione' e 'colonizzazione': quella ottomana e poi quella nazista nella II guerra mondiale.

Nel suo saggio Roberto Vari propone un'analisi delle culture e dei modelli dell'intervento clinico con le malattie mentali nei centri di salute mentale italiani, che si distingue per la notevole capacità di teorizzazione metodologica e sistematizzazione concettuale a partire dall'esperienza. Il fulcro della sua analisi può essere così riassunto: l'intervento consiste di uno spazio contestuale ovvero dell'assumere a premessa dell'agire clinico la rilevanza di un sistema di relazioni che può essere più o meno complesso; l'autore ci mostra come il progressivo spostamento da modelli individualistici centrati sulle relazioni intrapsichiche a modelli capaci di assegnare rilievo ai fini dell'intervento alle relazioni interpersonali, gli ambienti di convivenza fino ad includere lo stesso Servizio di salute mentale, influenza in modo rilevante gli obiettivi e l'efficacia degli interventi. Si pongono le basi per un nuovo sistema di categorizzazione della domanda incentrato non sulla patologia ma sugli eventi critici della convivenza, su obiettivi integrativi di risorse invece che correttivi, sul funzionamento del Servizio in quanto organizzazione invece che sommatoria di tecniche.

Rosa Maria Paniccia, Francesca Dolcetti, Fiammetta Giovagnoli e Cecilia Sesto discutono ancora del centro di salute mentale, della storia e cultura di questo servizio in Italia, e presentano una ricerca che mette a confronto la domanda dei cittadini, nelle sue diverse e attuali componenti, con la rappresentazione degli operatori ed in particolare di coloro che gestiscono l'accoglienza all'interno del servizio, ovvero quella funzione organizzativa incaricata della ricezione della domanda. Tra i risultati, è interessante notare che la domanda dei cittadini non è centrata sulla malattia mentale grave e individuale, ma su problemi di convivenza. Invitati a pensare ai servizi della salute mentale e all'uso che potrebbero farne, i cittadini parlano di rischio di emarginazione e violenza entro un contesto anomico. C'è conflitto entro una famiglia,

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Bucci, F., & Giovagnoli, F. (2014). Presentazione [Introduction]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-8. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

confrontata con il disgregarsi delle relazioni, a carico della componente femminile, e un conflitto entro il contesto sociale più ampio, segnato dalla violenza del danaro e dall'emarginazione, in primo luogo dei giovani, ovvero del futuro. Interessante è inoltre notare una domanda fortemente innovativa dal punto di vista culturale che proviene dai cittadini interpellati, quella di investire sulla formazione a sviluppare relazioni competenti e affettivamente "vicine". Nella cultura del servizio di accoglienza la possibilità di cogliere i problemi di convivenza indicati dai cittadini è presente ma minoritaria.

Nel suo contributo Mary Gloria Njoku indaga i modelli interpretativi della malattia mentale e gli atteggiamenti verso di essa in un gruppo di studenti e personale docente universitari di diversi stati del sud-est Nigeria. Lo studio porta alla nostra attenzione il problema dell'integrazione sociale del malato mentale e la complessità della lotta allo stigma. L'autrice evidenzia una diffusa credenza che la malattia mentale sia conseguente a abuso di droghe - con la pesante condanna morale che questa attribuzione, nel contesto in esame, comporta - e la prevalenza di comportamenti decisamente emarginanti verso il malato mentale (non lo si vuole nel proprio vicinato, non gli si darebbe un lavoro nella propria azienda, etc.), seppure in linea di principio le persone interpellate sembrerebbero auspicare maggiore tolleranza e rispetto, non segregazione e migliori cure.

In chiusura l'articolo di José Ornelas, Francesca Esposito e Beatrice Sacchetto presenta l'esperienza dell'AEIPS, un'associazione di Lisbona, attiva da più di vent'anni per l'integrazione delle persone con malattia mentale (per la maggior parte con diagnosi di schizofrenia e passati trattamenti ospedalieri) nella comunità, attraverso servizi per l'educazione, l'impiego, l'abitazione. Ispirata ai principi teorici della psicologia di comunità, l'attività di questa associazione si distingue per la capacità di mobilitare risorse e interessi, di incidere la scena politica mediante una costante ricerca di coalizioni e alleanze all'interno delle comunità locali, di ottenere e monitorare risultati grazie ad una durevole collaborazione con l'università e ad un sistematico utilizzo della ricerca a fondamento e verifica degli interventi. Il lavoro ha il pregio non comune di parlare dei prodotti delle iniziative e dei servizi presentati, dando rilievo anche alle criticità riscontrate e alle innovazioni da queste scaturite.

Ci teniamo a sottolineare come i contributi raccolti in questo Speciale siano tutti lavori originali, prodotti con impegno dagli autori in relazione al tema di riflessione lanciato dal Numero. Il nostro intento era quello di creare un'opportunità di scambio che rinnovasse i criteri di interesse, di analisi e di lavoro sul tema della malattia mentale. Lo stesso progetto del Numero è a sua volta il prodotto di molti scambi che lo hanno preceduto e che speriamo di proseguire. Nelle sue prossime edizioni, la *Rivista di Psicologia Clinica* sta immaginando di ospitare dei commenti a questo Numero che ne leggano trasversalmente i contenuti e ci aiutino a vederne le scoperte.

Vogliamo ringraziare Maddalena Carli per la sua preziosa consulenza e i suoi commenti sempre illuminanti durante la preparazione del Numero; come anche Agostino Carbone ed Enzo Finore per averci aiutato a realizzare il progetto internazionale del volume costruendo rapporti motivati e interessati con molti dei partecipanti.

The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”

Renzo Carli**, *Rosa Maria Paniccia**

Abstract

The mentally ill person is not aware of his “illness” and therefore does not present a demand to the psychiatrist, as happens instead in people’s usual relationship with the doctor. Reference is made to the work of Georges Canguilhem on this point. Mental illness is analysed as the medicalization of a failure of the collusive dynamic, in a single person, inside the context where he lives with others. The social pact at the basis of collusion is analysed. A critical view is taken of the extension of serious, psychotic, forms of mental illness to the usual modes of social adaptation; depression, extended by psychiatrists from its more serious forms to the “depressive character”, is an example of this extension designed to psychopathologize modes of adaptation that instead in the past were valued.

Keywords: mental illness; collusion; diagnosis; psychiatry; individual; living together.

* Past Full Professor of Clinical Psychology at the faculty of Psychology 1 of the University “Sapienza” in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

** Associate Professor at the faculty of Medicine and Psychology of the University “Sapienza” in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching Board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

The “madman”

The madman has always attracted people’s violence. But who is “the madman”? Etymologically the Late Latin *matius* means a drunk, someone who has lost his mind from drinking too much. This would therefore be an alteration of the state of consciousness involving strange behaviour that does not comply with expectations. It is important, for the argument we will put forward, to understand the reasons for the aggressiveness and violence that the madman arouses in those who have anything to do with him. An initial element, an integral part of the relation between the madman and the context, seems to be the unpredictability of his behaviour in relating. On top of unpredictability, there are attitudes, emotions, ways of relating not justified by the usual shared symbolic dynamic characterizing social relations. The madman seems to follow roads of emotional symbolization of signs, in a relationship, that are different from the usual ones. In other words, he does not fully participate in the collusive process on the basis of which the emotional symbolizations marking relationships are shared.

In the etymological dictionary by De Mauro and Mancini (2000) “madman” is defined as someone who has a degree of serious impairment of the intellectual faculties; the synonyms offered are expressions like mental case, crazy, nutcase. A curious definition, because it only mentions “intellectual faculties”, while what is typical of the relationship with “madmen” is the difficult *emotionality* that marks it. It is also curious because among the synonyms there appears “mental illness”, a-critically equated to folly and madness. Madman, crazy, fool, are terms that do not necessarily, a-critically, refer to the “mentally ill person”. Between the status of “madman” and that of “mentally ill” there is a huge difference.

But let’s go back to drunkenness; it is an alteration of the state of consciousness due to an excessive intake of alcohol. It comes from drinking substances that, by increasing the blood alcohol levels, causes a change in the organism’s state of consciousness. But the drunk becomes “other”, different from common people who exhibit shared predictable, familiar behaviour, in a specific culture. Without reference to a shared mode of relating, there would be no otherness. Without a relational norm there would be no alterity in relating, and therefore no deviance. It must be underlined that the norm referred to is cultural and social, not a physiological norm like the blood alcohol level, which appertains to the functioning of the organism.

In the theory of collusion that we put forward years ago, cultures are particular systems of emotionally shared collusive symbolizations of the events characterizing social adjustment in specific contexts. In these systems, each person supports the code of conduct that organizes the social system he belongs to. We regard those who do not share this collusive system as “mad”; those who, with their behaviour and their emotional expressivity, convey its failure. The definition of “mad” therefore needs to be adjusted. A person does not fail to adapt to the shared collusive dynamics “because he is mad”. Instead, the person who fails to share the collusion is called “mad” in that the reasons for this failure are unknown.

If there is a change in the whole system of collusive processes characterizing moments in the history of living together, for instance in wartime, the term “mad” is not used, even though the behaviour of the whole social group assumes aspects very similar to those in which a single individual would be called “mad” (Paniccia, 2013) in different social moments. This helps us to understand that the idea of “madman” concerns a single individual that is “other”, in a “given” relational context. To arrive at “madman”, there must be a single individual and his alterity in terms of the *given* collusive modes of relating, considered usual for a social group. This opens the way to the problem of the idea of mental illness and its contrast with mental normality. This is an extremely difficult theme in medicine, where the contrast between normal and pathological has been the subject of studies and complex debates since ancient times.

Normal and pathological

Freud and the psychoanalytical school, in their immense work on mental pathology and the unconscious, proposed a continuity between the normal and the pathological. The argument that pathological phenomena are identical to the corresponding normal phenomena, with a difference due merely to quantitative variations, was put forward in the 1800s. Specifically – as Canguilhem recalls – by Auguste Comte and Claude Bernard. The correspondence between physiology and pathology, with the sole quantitative variation of the phenomenon leading from the normal to the pathological, was confuted by medicine. Normality has been distinguished not only as the capacity for adaptation to environmental variations, but also as the capacity to establish norms. Canguilhem (1966/1998) tells us:

Being sane does not only mean being normal in a given situation, but also being able to set norms in that situation and in any other situations. What characterizes health is the possibility of going beyond the norm that establishes the momentary normal, the possibility of tolerating infractions of the usual norm and of establishing new norms in new situations [...] Health is the margin of tolerance towards the inconstancy of the environment (pp. 160-161).

Illness is itself a norm of life, but it is an inferior norm, in the sense that it does not tolerate any deviation from the conditions in which it exists, being incapable of transforming itself into another norm. The sick being is normalized in certain conditions of existence and has lost the normative capacity, the capacity to establish new norms in new conditions (p. 148).

The confines between health and illness are fuzzy not so much because one merges with the other, but more because it is a question of two “norms of life”:

the task of establishing where illness starts has essentially been delegated to the being itself, considered in its dynamic polarity. [...] The border between the normal and the pathological is imprecise for different individuals considered simultaneously, but it is extremely precise for one and the same individual considered in succession. What is normal insofar as it is normative in given conditions, can become pathological in another situation, if it remains identical to itself.. This transformation is judged by the individual, insofar as it is he who suffers it, in the very moment when he feels inferior to the tasks posed by the new situation (pp. 146-147).

For Canguilhem, the choice of whether to be ill is the province of the single individual, in his process of adaptation. And this profoundly differentiates medical pathology from “mental pathology”. To quote one of his important statements on this point: “somatic illness does not break the pact between fellow-men; the sick person is for us what he is for himself, while the psychically abnormal person has no consciousness of his own state” (p. 90).

Healing basically means the bringing back to the norm of a function or an organism that has deviated from it. The norm is usually changed by the physician through his knowledge of physiology, in the sense of the science of the normal man, through his own direct experience of organic functions, through the common representation of the norm in a social environment in a given moment. Of the *three authorities* the one that prevails is by far physiology. Modern physiology appears to be a canonical collection of functional constants, connected to functions of hormonal and nerve regulation. Such constants are described as normal in that they indicate average characteristics, the most frequent

among cases that can be observed in practice. But they are also described as normal because they are ideals in therapeutic activity. Physiological constants are therefore normal in the statistical sense, which is a descriptive sense, and in the therapeutic sense, which is a normative sense.” (p. 94, our italics).

Mental illness breaks the pact among fellow-men, insofar as the mentally ill person has no consciousness of his state, unlike the traditional sick person in medicine, *who goes to the doctor of his own free will*. On the origin of the state of being ill, based on the person’s own individual decision, Canguilhem is very precise and repeatedly makes this statement:

Wouldn’t it be best, after all, to say that the pathological fact cannot be perceived as such, that is, as an alteration of the normal state, unless it is at the level of the organic whole, and in the case of man, at the level of the global conscious individual, in whom illness becomes a sort of evil? (p. 62).

it is because there are men that feel ill that medicine exists, but not that doctors exist to teach men their illnesses. The historical evolution of relations between the doctor and the sick person in the clinical consultation does not change a thing in the normal permanent relationship between the sick person and his illness (p. 67).

Jaspers clearly saw the difficulties in this medical determination of what was normal and what was healthy: “The doctor is the person who least of all looks for the meaning of the words ‘health and illness’. From the scientific point of view, he deals with vital phenomena. It is the consideration of the patients and the dominant ideas in the social milieu that, more than doctors’ judgments, determines what is called ‘illness’” (Jaspers, 1933, p.5) (p. 93).

It is true that, in medicine, the human body’s normal state is the state that one hopes to re-establish. But is it because that is the goal that the therapeutic world aims to reach, that is has to be called normal, or is it because it is considered normal by the one involved, namely the sick person, that the therapeutic world takes it as its goal? (p. 96).

Distinguishing anomaly from pathological state, biological variety from negative life value has ultimately delegated to the living being, considered in his dynamic polarity, the task of establishing where illness starts (p. 146).

The doctor as the tendency to forget that it is the sick who call the doctor (p. 171).

We could continue at length quoting the idea that is at the basis of Canguilhem’s analysis on the normal and the pathological: *it is the individual, with his subjective decision, that establishes his state as normal or pathological*. The doctor intervenes only in cases where the individual’s subjectivity leads to the decision to consult him and to rely on his diagnosis and his treatment. The medical diagnosis is therefore only secondary to the individual’s subjective diagnosis; it is the latter that decides on an ailment. The corollary of this statement is the fact that the doctor intervenes with illness, diagnosed using the medical parameters of physiology – pathology. He cannot and does not want to intervene in the normal, permanent relationship between a sick man and his illness, as Canguilhem says. In other words, the doctor cannot and does not want to intervene in the patient’s subjectivity; namely, in the *experience of illness* that marks each sick person in a different and unrepeatable way. We can therefore say that as soon as an individual perceives himself as ill, he goes to the doctor; the latter will deal with the illness as it is defined by the parameters of medical science.

More specifically, he will deal with the relation between physiology and pathology: general pathology and special pathologies, medical, surgical, obstetric, pediatric, neurological and so on.

The *experience of illness*, the *subjectivity of the individual in experiencing himself to be sick*, are not taken on by the health system unless it is within the strict rules of the game of the relation between the sick person and the health system in all its forms, from the visit in the doctor's consulting room to the home visit or hospital assistance (Carli, 2013).

In pursuit of objective data, according to Canguilhem, the doctor "forgets" the subjectivity marking the sick person's demand. In other words, he tends to forget that it is the sick who call him. The demand of the future patient is implicit in the person's decision to go to the doctor. One who goes to the doctor, to become a patient or a sick person, always wants to see his demand objectified in the diagnostic categories. In mental illness this does not happen. It is generated by the breakdown of a "pact between fellow-men", not by a future sick person's subjective assessment of illness. But what is the pact we are talking about? Without looking at the origin of this pact, it is impossible to understand how the sense of mental illness is construed.

State of nature, mutual fear and the pact

On this point, it may be useful to look at the reinterpretation of Hobbes's work made by Carlo Ginzburg (2008). In his words:

In *Elements of Law* we find a synthetic description of the *state of nature*, linked to an argument that Hobbes was never to abandon. In the state of nature men are substantially equal and have the same rights (including the right to attack and defend themselves): as a result they live in a state of perennial warfare, of 'general distrust, and *'mutual fear'*. They get out of this situation by giving up a part of their rights: a pact that transforms an amorphous multitude into a body politic. Thus the State is born, what Hobbes would call Leviathan: a name that, in the Book of Job, indicates a whale, a giant marine creature that nobody can catch on a hook (p. 18, our italics).

Hobbes talks about the "pact" that lets men escape from fear of mutual aggressiveness (*homo homini lupus*) to make them social beings. This pact recalls another, cited by Freud in *Totem and Taboo* (1912-1913/2003). What kind of pact is it? This question is especially important in the study of mental illness: a specific state not correlated to the sick person's subjectivity, but to the violation of a pact, the breakdown of an agreement between fellow-men that is the foundation of our sociality. The violation, if it is acted out by a single individual, is called mental illness. The same violation can assume different connotations if experienced by a whole social group. We shall see this shortly. Let's see what else Ginzburg has to say. Hobbes – Ginzburg points out – is in contrast with Aristotle, for whom man is a political animal and therefore, as the Greek philosopher states in *Politics*, the *polis* exists by nature, it is a natural phenomenon. For Hobbes, on the other hand:

the state of nature is not characterized by gregariousness but by its opposite: the war of all against all. Aggression, *real or possible*, first generates fear, then the impulse to escape from fear through a pact based on each individual's renunciation of his natural rights. The city (*civitas*, or the political

community), the result of this pact, is an artificial phenomenon: a thing somehow foreshadowed by the comparison with the clock¹ introduced by Hobbes (p. 25, our italics).

To formulate this theory of the genesis of the social system, Hobbes – according to Ginzburg – is inspired by Thucydides, whose most important work he had translated. Specifically, Hobbes refers to *The Peloponnesian War* and the description of the shocking consequences of the devastating plague that struck Athens in 429 BC. Thucydides analyses the crumbling of all laws, and gives the name *anomia* to this phenomenon that takes relations between people back to the state of nature, which Hobbes had envisaged as the initial state of relations amongst human beings. An “artificial” state of nature, evoked by the feeling of death pervading the Athenians when faced with the slaughter that the plague brings.

The fear of the gods or human laws was no longer a deterrent, on the one hand because to their eyes, respect for the gods or irreverence were now the same thing, since they saw everyone dying in the same way, and on the other hand because having committed some misdemeanors, nobody hoped to stay alive until the moment of the trial and the final reckoning. The punishment hanging over their heads was far more serious, and the sentence had already been handed down: it was therefore natural, before death struck them down, to enjoy life a little (Ginzburg, 2008, p. 27).

Let's see now what Ginzburg (2008) says about the genesis of the State, in Hobbes's theorization:

Therefore, both in the case of the origin of religion and in that of the origin of the State, we find fear at the beginning and at the end the outcome of subjection or awe. In the middle, feigning, fiction, imposed on those who have created it as a reality (p. 35).

Between fear and awe, the necessary transition is through feigning. This transaction puts forward an aspect of the “genesis of the State”, in Hobbes, that is especially interesting for our analysis. Let's go back to Ginzburg again:

Ignorance of the natural causes and the fear that follows, says Hobbes, makes men ‘suppose and feign to themselves different kinds of invisible powers, to stand in awe of their own imaginations, to invoke when they are in trouble, and to thank when events take a favourable turn’. Yet again Hobbes associates awe with religion, but in a context that underlines that men are led to ‘*to stand in awe of their own imaginations*’. I feel that in describing this seemingly paradoxical attitude, Hobbes was recalling an extraordinary phrase by Tacitus: ‘*fingebant simul credebantque*’ (Ann. V, 10), ‘they imagined and at the same time they believed their own imaginations’. It is a phrase that reappears three times with minimum variations in Tacitus's words, to describe circumscribed events like the spread of false rumours. Hobbes used Tacitus's formula (which had been quoted in a distorted form by Bacon, whose secretary he had been) to describe a very general phenomenon: the origin of religion. Hobbes uses the verb *feign* [...] associated with the noun *fiction* (work of imagination), and with the adjective *fictive* (fictional, fake). *Feign* repeats the verb used by Tacitus: *fingebant* (p. 34).

¹ Earlier, on the method of study in Hobbes, Ginzburg said: “To understand how a clock works we have to take it apart: only in this way will we be able to understand the function of the various cogs” (2008, p. 24). But we should also remembered the metaphor of the clock as the working of the social system: what counts in the social system is order. A clock does not work properly if the wheels are too free: each one would go on its own. Hence the importance of the watchmaker who puts each wheel in its place. The metaphor obviously concerns the different people making up an orderly social system.

Let's look at the etymology of the Latin verb "*finco, finxi, fictum, ere*". It means to shape, mould, model. In a broader sense it means to change, transform. But also to imagine the forming of something in the mind, to figure, to represent to oneself. And also to invent, say falsely, feign, simulate, make believe. And also to accommodate and to adjust. It is a verb of multiple meanings, but they all revolve around "giving shape" to something that does not correspond to reality; mentally producing an invented image in order to reach an accommodation. 'To imagine' is Ginsburg's translation. An imagination that arises from an unpleasant, unbearable feeling like fear. A fiction, the historian will say. It is a fiction that imposes itself on the person inventing it as if it were reality.

Psychoanalysis enables us to grasp the sense of what we have analysed with Ginzburg's help: the "social" pact, based on a fiction, which is the foundation of the great conventions such as state and religion, is nothing but a *collusive process*. Years ago we put forward the construct of collusion as the manifestation of the mind's unconscious mode of being in social relations. Colluding means emotionally symbolizing, in a unequivocal way, aspects of the contextual reality on the part of those sharing this context. Collusion is therefore the expression of a mind's unconscious mode of being, in the dynamic that underlies processes of socialization. In Hobbes's example, fear is the emotion shared by human beings in a specific context of the "state of nature". This means that, in the state of nature, every human being can symbolize the "generalized other" as enemy (Ancona & Carli, 1970; Carli, 1968). Fear is the emotion that defines the affective symbolization of the "generalized other" as enemy. Let us stress, it is not a question of a single "other – enemy", towards which the system of membership can be activated, in Bion's words, in the strategy of fight or flight. If the enemy is the generalized other, systems of membership vanish and everything animating the context is ineluctably the enemy. Hence the need to "invent" a collusive pact, to emotionally symbolize rules of the game and power systems that constrain the mutual danger of each person, to symbolically construct the State. The State is created as a reified myth, as a mythical collusive construction that as Barthes (1957/1974) shows, from history becomes nature, taking root in the mind of those participating in the collusive pact as reassuring naturalness.

Like State and religion, every component of social culture is the outcome of a collusive process, and therefore of a shared affective symbolization of the multifarious aspects of reality grounding the local culture of a social group, an organizational system, or a tradition of living together. Sociality has its roots in collusion, and is possible thanks to the unconscious symbolization, univocal or correlated, of contextual reality. The alternative is fear: an unbearable, anguishing emotion felt in a total solitude, where contact with the 'other', symbolized as the generalized enemy, becomes threatening. This situation is very close to, or perhaps coincides with what Matte Blanco called "plunging into a state of non-existence" (Matte Blanco, 1975/1981).

The mind's unconscious mode of being governs symbolic affective transformation of the generalized other into a threatening, enemy dimension. The other can become "friend", only in the emotional sharing of a system of membership that calms the unlimited mutual aggressiveness. It is the collusive pact that makes it possible to think *about* the relationship, and therefore learn from the experience and from the construction of systems of living together based on the mutual interest in the "third thing" at the basis of the culture and organizational processes (Carli, 2012). The unconscious collusive dynamic therefore enables the anguishing potentialities of the unconscious system to be tamed, making it serve shared thinking and social harmony.

On the other hand, in social systems there can be devastating failures in the collusive process. An example given by Ginzburg, is that of Thucydides and of his account of the plague raging in Athens. The plague, or

rather the symbolic-affective experience of the event, with the feeling of imminent, ineluctable death that accompanies it, breaks down the collusive pact and wipes out all awe towards the laws and the gods: “The fear of the gods and of human laws no longer had any hold” wrote Thucydides. This is not why they used to talk and still talk, in such cases, of mental illness. There are many examples of the social failure of collusion and they mark the history of humanity in all its stages. Think for instance of wars among peoples, among nations, of revolts or revolutions, of colonialism, of racial domination of some populations over others, of imperialism with its “follies”, justified on the basis of the myth of the superiority of certain populations, of the genocides that have stained so-called civilized history. For instance, in 1907, the genocide of the Herero in Namibia by the Germans who intended to colonize that land. Lastly, the exterminations by the Nazis, the Stalinists, by Pol Pot and the Khmer Rouge in Cambodia. We could go on at length.

Ginsburg’s argument on this point is interesting: in recalling the codename of the operation of American bombing of Bagdad in March 2003 (*Shock and Awe*), he talks about the intention of inculcating and spreading a “holy” terror to achieve submission. Ginzburg says:

We live in a world in which the nations threaten terror, they practise it, at times they suffer it. It is the world of those who try to take control of the venerable and potent arms of religion, and of those who brandish religion like an arm. A world in which gigantic Leviathans writhe convulsively or crouch in wait. A world similar to the one Hobbes envisaged and studied (2008, p. 42).

The dominion exerted with terror, on the other hand, is not just an arm of war. The religion of the unregulated free market has made financial speculation into a terrible, efficient terrorist weapon. Our culture is full of “imposed myths” (Carli, in press), where the transformation of an historical event into a natural fact serves to make the event and its protagonists sacred. The construction of the myth is based on the process of collusive affective symbolization, which we have mentioned. Making a myth out of an aspect of reality, finance, democracy, parenthood, gender equality, notoriety, fame, being famous, western supremacy or competitiveness, means making the myth sacred and using this sacred aura to strike terror and awe. Awe and terror, on the other hand, are the ambiguous and complex feelings evoked by the relationship with people considered “mentally ill”.

We have reached the core of our analysis of the genesis of mental illness. We have repeatedly claimed that mental illness is nothing but the outcome of a collusive failure. Today we can say that it is *a collusive failure acted out by a single person*. Collusive failure itself, if widespread in a social system, poses problems of the sanctification of the myth, of extremely difficult consequences for thousands or millions of people. Let’s read the opening lines of the preface to a book on the history of the Hospital of Teramo.

This research sprang from the desire to shed light on the millions of forgotten stories from the end of the 1800s to the first decades of the 1900s in one of the biggest mental hospitals of the centre and south of Italy. Situated in ‘the outskirts’, the Sant’Antonio Abate of Teramo in a few years became part of a welfare power system which gradually redefined its role in the ‘social emergencies’ of the newly unified state. There was the need for those – the poor, beggars, alcoholics, homeless – who were potential threats to public order, to be removed from the streets; but it was intended to provide, for those felt to be curable, treatment and therapies that could enable them to return to society, transforming their alienation into a productive rehabilitation (Valeriano, 2014, p. 3).

No treatise on psychiatry more clearly defines mental illness than these words: “remove from the streets” the potential threats to public order. Remember Canguilhem: “it is the sick that call the doctor”. The difference is

obvious, no comment is needed. The potential threats to public order, on the other hand, are the poor, the homeless, the beggars and the alcoholics. People who do not comply with conformism, with the expectations of social adjustment coherent with the collusive culture, with the requirements of productivity. Don't forget that public order is the result of a collusive "pact" based on the prevalence of the respect for private property, potentially threatened by people in bad economic conditions. The same thing can be said for the "decorum" of the city, challenged by beggars and alcoholics. What we are stressing on the other hand, is the total absence of motivated participation by the people involved, in the measures to remove them from the streets, and to forcedly "shelter" them in the psychiatric hospital. In what today is called Compulsory Admission Order (TSO). Are the poor, the homeless, the beggars ill? And the alcoholics? Why think of alcoholics, and not of those affected by smoking or by bulimia? The users of the psychiatric hospital were actually potential or real protagonists in a breakdown of the collusive dynamics on which living together is based. Similarly, we could mention the depressed, the agitated, the psychotics in their various forms. The reason that leads to a request for psychiatric intervention is in almost all cases a motivation extrinsic to the "sick" person, and derives from a failure of the collusive dynamic, the outcomes of which are felt in the public, private or family system of living together.

To sum up: in the case of medical illness, medicine exists because there is a demand for treatment on the part of those who subjectively decide they are sick. In the case of psychiatry, it exists because the social system, in its various parts, has made the "sick person" exist. Psychiatry has nothing to do with the demand of a sick person. It has to do with indicating specific individuals as users of psychiatry, because they present problems at the level of living together. There is, therefore, an authentic process of medicalization of a problem that, in itself, is not medical. The medicalization of a failure of collusion is the alternative to the process of criminalization. In the latter case, the institutionalization of those responsible for the collusive failure comes about through prison. In the case of medicalization, it comes about through the psychiatric hospital; now, since Law 180 and the closure of the psychiatric hospitals, it comes about through the psychiatric career of the mentally ill, in the mental health system that envisages the SPDC, the CSM, day centres, halfway houses, therapeutic or rehabilitation communities, families as the alternative containers to the isolating institutionalization in psychiatric hospitals².

It is interesting to notice that the psychiatric act with which the medicalization of the protagonist of a collusive failure begins, is the diagnosis. It marks a major transformation: the individual that creates potential problems in relating, in social or family contexts, assumes the status of being actually "ill". Ill with an illness that is assigned against their will. The mentally ill person, let us repeat once more, has no awareness of their own state.

It must be underlined that the psychiatric diagnosis is made, in many senses, in a very different way from the medical one. As we have said, the medical diagnosis is formulated *after* the doctor has been consulted by the patient. The doctor therefore has no power over the distinction between normal and pathological in the clinical domain. It is legitimate for the doctor to compare the patient's state with his knowledge of physiology and pathology, only as a result of the decision of the person who comes to him. He is also obliged to give a diagnosis, a prognosis and to offer a therapy; the latter, on the other hand, requires the patient's informed consent. In psychiatry, in contrast, it is the social system, in its various forms, that arranges the meeting between the person and the psychiatrist. The comparison between normality and pathology is a huge problem for psychiatry. The patient's reason for going to the psychiatrist is lacking; there

² For more detail on the culture that characterizes the mental health system today, see Carli & Paniccia (2011).

is little or no subjective experience of illness, which, as we have seen, makes the (future) patient request health services.

It must be asked how a general “psychopathology” or a special “psychopathology” are organized, in the absence of the patient’s demand and of a definition, albeit problematic, of the line dividing normal and pathological in the psychic domain, something that is possible in general medicine. It is singular that, for the definition of a mental disorder, one invokes the “recognizability” of the event by “others” who are not involved in the problem.

In Psychiatry, more than in other fields of Medicine, the concept of normal is elusive, especially because in the genesis and expressivity of psychopathology an important role is played by cultural and social factors, which are many and varied. However, without falling into an extreme cultural relativism that could lead to the recognition and definition of the pathology only within a specific culture and therefore to the denial of evident pathologies just because they are frequent in that culture, we can say that relativity can apply only for mild disorders; while, for instance, an endogenous depression is recognizable anyhow and in any cultural context (Lalli, 1999, p. 79).

Normal and pathological in psychiatry

In the brief passage given, different criteria are interwoven, in dealing with the issue of normality in psychiatry. There is confusion, for instance, between the “recognizability” of a psychopathological form and the “frequency” with which it recurs in a specific culture. But the problem is very different. The recognizability of behaviours defining a pathogenous form cannot be connected only to their frequency, but also to the cultural models with which these behaviours are perceived. Let’s take the symptoms marking, according to the DSM IV³, the major depressive episode.

The essential characteristic of a Major Depressive Episode is a period of at least two weeks during which there is depression of mood or loss of interest or pleasure in almost all activities. In children and teenagers the mood may be irritable instead of sad. The individual must also present at least four symptoms of a list that includes changes in appetite or weight, in sleep or psychomotor activity; lower energy; feelings of debasement or guilt; difficulty in thinking, concentrating, or taking decisions; or recurrent thoughts of death or ideas of suicide, planning or attempted suicide. To lead to a diagnosis of Major Depressive Episode, a symptom must have reappeared or be clearly worsened compared to the subject’s premorbid state. The symptoms must persist for most of the day, almost every day, for at least two weeks running. The episode must be accompanied by discomfort or social disablement, in work or in other important, clinically significant areas of functioning. For some individuals, with milder episodes, the functioning may appear normal, but require a markedly greater effort (APA, 1994/1996, p. 357).

We can say, referring to old notions of classic psychiatry, that the major depressive episode belongs to those crises that basically are related to depressive psychosis on the one hand, and schizophrenic psychosis on the other. Depressive psychosis and schizophrenic psychosis are the manifestations that have populated psychiatric hospitals since their very beginning and that have been strongly affected by the advent of

³ We refer to the DSM IV, not to the recent DSM-V, as more representative of the psychiatric culture in use.

psychopharmaceuticals; not so much for a “cure” of these psychotic forms which even psychopharmaceuticals do not solve but for a greater possibility for the psychotic subjects to be sedated and to have a better chance of becoming part of society, in the family, sheltered systems. The old psychiatry knew three types subjects to institutionalize in mental hospitals and to remove from the usual systems of living together: alcoholics, depressed psychotics and schizophrenic psychotics. To these, the subjects affected by dementia could be added. They were all people incapable of dealing with living together without causing the failure, for different reasons, of the collusive dynamics that supported and still supports living together.

But as a sector of medicine, psychiatry could not accept this “scientific” limitation and this social *mission*, totally devoted to removing “inconvenient” people from systems of living together. Hence the extension of psychiatry’s breadth of analysis of psychic problems and of “therapeutic” action in the social system. What does it mean to “extend” one’s field of study and intervention? The domain of depression helps us to understand what we are talking about. It is well known that it is classically divided, in psychiatry treatises and since the time of Emil Kraepelin, in the following way or in very similar ways: mono-polar endogenous depression; manic-depressive or bipolar psychosis; involuntional depression. They talk about interaction between psychic and somatic factors, in the depressive picture where with time the nosographic distinctions have multiplied based on the symptomatology and response to the various kinds of psychopharmaceuticals. On the other hand, in many psychiatry works there is the addition, which in our view is worrying, to the triad of the “major” forms of depression. It is depressive psychoneurosis, or dysthymia, or neurotic depression of the depressive character associated with it. “Depression – along with anxiety – is the most frequent and ubiquitous psychopathological manifestation” (Lalli, 1999, p. 314). Looking more closely at the meaning of this statement, one is struck by the association of anxiety and depression, often called common emotive disorders, with psychopathology. Let’s see what Lalli says.

In grief, it is the world that has become empty and poor; in melancholy, it is the Self instead
This explanation⁴ would later be extended and integrated by O. Fenichel and then by S. Rado, who introduce the important concept of *self-esteem*. According to these authors, there is a predisposition to depression in subjects that have an intense need for approval and praise, since their low self-esteem has to be constantly supported and reinforced by an object or an external situation. Therefore it is not the loss of the beloved object that causes depression, but the loss of an object invested and experienced as the source of one’s own self-esteem: in this sense the loss of the object corresponds to the loss of one’s self-esteem. In these subjects – predisposed to depression – the object relation has essentially narcissistic functions; the depressed person does not love the object itself, but only insofar as this object is a source of self-esteem. This easily leads to the *idealization* of the object: that is, it is credited with qualities of goodness, infallibility and superiority which often do not correspond to the reality of the object. The object may be a person, an ideal, a social entity, an ideology, the force of which the subject needed in order to feel he belonged. When this object disappears or collapses, for the subject it is akin to losing the best part of himself, and he finds himself so exposed to the destructive forces of his own anger and hostility that they are no longer contained and sheltered from the libido. These fundamental concepts deriving from psychoanalytic studies are today still the most valid model in explaining depression (p. 314).

⁴ It is the explanation, referring to Freud, of the difference between grief and melancholy (the latter being equivalent to endogenous depression). In melancholy the subject feels guilt for the loss of the object and therefore cannot elaborate the resulting grief (Authors’ note).

One initial observation on this approach is related to the notion of “object” in psychoanalysis. In Freud’s theory of drives, the object of a drive is the person towards whom it is directed. The object is therefore a “real” person. But drive theory has nothing to do with the theorization in which the object is presented in the definition given above. As Greemberg & Mitchell (1983/1986) point out, in many psychoanalytic theories, object relations does not refer to relations with “real people”, but with the inner representations of other individuals, or with their inner images, also called “internal objects”. They keep an open mind:

The term ‘theory of object relations’ in its broadest sense, refers to attempts in psychoanalysis to respond to these questions, namely to confront the observation – which potentially causes confusion – that people live simultaneously in an external world and in an internal world, and the relation between the two domains, which ranges from smooth blending to the most rigid separation (p. 23).

Today, with the development of relational theories in psychoanalysis, the object is seen as an emotionally symbolized psychic component, which later enables an emotional construction of reality to be made. In this sense every object relation “has narcissistic functions” and every object, seen as the symbolic-emotional representation of aspects of reality, has an idealized component, with manic or depressive sides. We want to underline that the description of “depression”, found in the psychiatry manual, represents a mode of constructing the internal and external world typical of all of us. “Subjects predisposed to depression”, in this perspective, do not exist. Or rather, each person can also be seen as predisposed to depression. Just as each of us is predisposed to anxiety and to the emotions that characterize our internal dynamics. We will not dwell on these theoretical proposals that the development of “constructivist” psychoanalysis has fostered. (Carli, Paniccia, & Giovagnoli, 2010).

The undeniable fact remains that the arguments in favour of a cause of depression in a psychoanalytical key, presuppose that for the dimensions indicated, in the dynamics described by Lalli, there are “normal” states and situations that deviate from the norm. For instance, let’s take the statement: “predisposed to depression are those subjects that have an intense need for approval and praise, insofar as their self-esteem is so low that it must be constantly supported and reinforced by an object or by an external situation”. It is hypothesized that there exists a “normal” need for approval and praise as opposed to an “intense” need. What measuring stick is used to establish whether a need is normal or intense, if with Matte Blanco we know that the emotions, in the mind’s unconscious mode of being, are always present infinitely? In the dynamics of the need for approval, do we think there exists a normal and a pathological? Does an internal object that is not idealized exist? Does there exist an idealization if not to protect the object from the ambivalence that it arouses? Does a non-ambivalent object relation exist? But that is not all. When it is said that the disappearance of the reassuring object can expose the object itself to the destructive rage of the one who feels abandoned, is there awareness that this all occurs in relational dynamics that are really present in the subject’s experience? Without a perspective that considers the contribution of all the components of the relation and of the collusive dynamic that characterizes it, it is impossible to draw conclusions about a single subject. Ultimately, it seems to us very difficult to talk about subjects “predisposed” to depression.

“Mèlancolia” and depression: two ways of looking at the world and thinking of emotions

There is one last consideration. It concerns the way “melancholia” has been considered in the history of man. An exhibition entitled “Mélancolie. Génie et folie en Occident”, curated by Jean Clair, was presented at the

20

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Gran Palais in Paris in October 2005 and at the Neue Nationalgalerie in Berlin in May 2006. An interesting show, which traces the iconology of *melancholia* from ancient times to our days. In certain respects, the exhibition revolves around Albrecht Dürer's engraving "Melancholia I" from 1514.



The etymology of melancholia, the term Dürer uses as the title of his work, written on the scroll in the upper left corner, held by a bat, is made up of the Greek words *mélas*: "black" and *kholé*: "bile".



Jean Clair helps us to grasp the sense of this word, very important in western culture.

La mélancolie est double. Affection de l'esprit, c'est un humeur du corps. Son nome évoque un vague à l'âme, une fumée assombrit la pensée et le visage, un voile jeté sur le monde, une tristesse sans cause. Mais il désigne aussi une entité physique, une matière visible, un corps sensible, un liquide doté de propriétés spécifiques, de couleur noire, de composition diverse et d'effet nocif quand elle est 'aduste', c'est-à-dire brûlée: c'est la bile noire, que secrète la rate. Cet organe qu'en anglais on appelle *spleen* est alimenté, selon Galien, par la veine *splenitis*, par laquelle on pratique la saignée du mélancolique. La veine 'splénétique' donnera plus tard son nom à la forme moderne de la mélancolie, celle qui, de Keats à Baudelaire, frappera les dandys de l'âge romantique (Clair, 2005, p. 82).

Melancholy is two-sided. Disorder of the spirit, it is also a humor of the body. Its name evokes a wave that inundates the soul, a smoke that obscures the thinking and the face, a veil thrown over the world, a sadness for no reason. But it also indicates a physical entity, a visible material, a body, a liquid with specific properties, black, of different composition and with harmful effects when dry, as if burnt: it is black bile, the bile secreted by the spleen. This organ is fed according to Galien, by the *splenic* vein through which the blood-letting of melancholy was carried out. The splenic vein was later to give its name to the modern form of melancholy; the melancholy that, from Keats to Baudelaire, would strike the dandies of the romantic age (*our translation*).

The melancholy temperament seems to contain very rich intellectual gifts, even though they are tormented by mental problems. There are a great many interpretations of Dürer's engraving, and different attempts to give a meaning to the masterpiece and to its mysterious ambiguity. A good synthesis of the various interpretations can be found in the work of Schuster "Dürer et sa postérité" (2005). Let's look at that of Erwin Panofsky and Fritz Saxl, illustrious iconologists, students of Aby Warburg, the founder of the Warburg Institute, and in turn teachers of many art historians and iconologists, including Henri Frankfort, Gertud Bing, and Ernst H. Gombrich. Panofsky and Saxl disagree with the interpretation of their master, Warburg, who saw in the engraving the personification of melancholy in its winning battle against the dark powers that dwell within: folly, pain, indolence, grief. For them, Dürer ennobles melancholy indolence, following the theory elaborated by Aristotle and by Marsilio Ficino. The melancholy temperament, for these authors, is the condition of every great gift of the spirit. What Dürer represents is this melancholy genius who, having consumed his thirst for knowledge, resigns himself to the limits of his spirit in comparison with the divine, falling back into desperation and sadness. For the two iconologists Dürer's engraving has the sense of the warning against limitless aspiration, typical of he who compares his work to the divinity. Following this idea, we will try to extend the interpretation of the engraving. The term "desire" - "desiderare" in Italian - means etymologically *de - sidera*: "take one's eyes off the stars". It could be said that melancholy and desire are the same thing: accepting the *limits* of the human condition, the *sad* emotion implicit in this limitation. At the same time, melancholy involves the possibility of overcoming the passivity that this limitation may lead to, and of undertaking important works based on the reality of one's condition. In this sense, the desiring component of melancholy reconciles the interpretations of Warburg with those of Panofsky and Saxl.

If one regards melancholy depression as an emotional state deriving from the acceptance of human limits, and the renunciation of omnipotence to test oneself with the power of those who face the reality of things, with the fatigue and difficulties encountered in achieving objectives, one can understand the great foreshadowing of meaning offered by Dürer's work. Let's look closely at the figure represented, with the head leaning on the left fist, the arm leaning on the knee and the gaze directed upwards towards the sky with its comets and rainbows, towards the expanse of water that reaches the horizon in the distance. It is a

position that comes from long ago, from Greek and Roman steles, from iconologies that have been repeated identically in the course of ancient and modern art and that also appear in contemporary art. What comes to mind? The position undoubtedly recalls a “thoughtful” attitude, in the act of thinking⁵. Accepting the limit, organizing the desire that may originate in the limit itself, this all derives from “thinking emotions”, from the possibility of suspending action to organize thought about the emotion evoked by the awareness of the limit and about the potentialities involved in accepting that limit. This emotional thought involves the suspension of emotional acting out. We have often pointed out that emotion has a twofold destiny: emotions can act or think. Dürer shows us, in the interpretative perspective we are proposing, the act of thinking emotions. It is an act that entails the suspension of emotional acting out and, as a result, of the transformational action on reality. The tools of this action are in fact scattered over the floor around the “thinking” figure. On can understand, in this perspective, that right from ancient times *melancolia* was associated with wise men, philosophers, poets and people capable of developing and proposing thought, their emotional thought. And therefore desire. Desiring, in fact, is not associated with action, but with emotional thought.

It can also be understood that in melancholy thinking, self-esteem is involved. Not in the sense mentioned earlier, where the loss of exaggeratedly high self-esteem “explained” depression. Here, self-esteem, if seen as thinking of oneself anchored to reality, serves to overcome the omnipotence of the fantasy of being like “god”. This is connected to many myths, and to that of the earthly paradise from which Adam and Eve are expelled, but also to that of the rebel angel, who wanted to be “god” and was sent to hell. In Dürer’s *Melancolia I*, the thoughtful figure is an “earthly angel”, who has not ended up in hell and is on the earth; but it is also a female figure. It is an angel that has given up competing with the stars, with the divine, to stand solidly on stone, feet firmly on the ground. Thinking emotions is a transitory phase; an important phase among the fantasies with which internal and external objects are symbolized and that, thanks to thinking, enables action to be planned. It is a phase between the angelic being and the human being who, by accepting his limit, can confront production and the “third thing”. It is often said that in the relationship of a couple, the third thing is a child, in all its symbolic variations. It can therefore be understood why *melancolia* is represented by a female figure.

We have often stated that thinking emotions is characterized by irony, that is generates irony. Ce. Where is the irony in Dürer’s masterpiece? Let’s look more closely at the expression of Dürer’s figure.



⁵ Think for instance of the sculpture by Auguste Rodin, kept in Berlin, where a male figure is shown in a pose recalling that of Dürer’s *Melancolia I*, and entitled by the French sculptor: *Le penseur* (The thinker).

We have said that it is an ambiguous gaze; perhaps it would be better to say unsettling, in that it breaks with the traditional interpretations, of gloomy sadness, resignation and melancholy. The enlargement helps the analysis. It is an expression of burning intensity: the activity of desirous thinking is accompanied by the suspension of action. If we grasp the relation between the immobility of the context and the figure and internal mobility that it expresses, we smile. It feels as if we are observing a world that has just stopped, immobile, every gesture interrupted, where confusion reigns. The little angel and the dog are pervaded by an immobility that is a waiting rather than laziness or accidia; the waiting is for the outcome of the thinking that through the central figure, is marked by an interrupted use of the compass being held in the right hand. The whole scene seems to suggest the irony of the poetics of surrealism, of the enigma that is simple and chaotic at the same time. As in “Las Meninas” by Diego Velasquez, the observer is asked to intervene, to participate. It is a participation that in our view, can only be ironic. This irony comes before any possible interpretation, every erudite or complex reading of the image; it comes from the immediacy of the involvement.

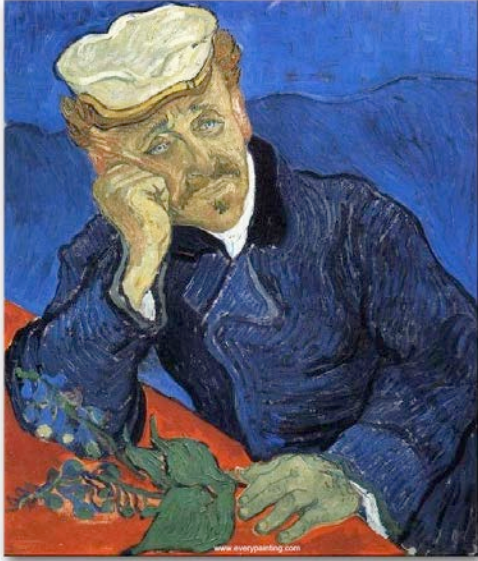
From melancholy as a resource to delirium as an illness

The catalogue of the exhibition mentioned earlier concludes with a contribution on “La naturalisation de la mélancolie”; melancholy naturalized. This is the melancholy of psychiatry, especially of Esquirol, and of monomania. It is an important break in the exhibition and in our comments. The caesura is commented on by Pigeaud, French university professor and historian of medicine. The shift from *melancolia* to medical terminology and the identification of a pathology is expressed very well in a passage by Esquirol, cited by Pigeaud (2005):

The term *melancolia*, now consecrated in common language, tries to express the habitual state of sadness of some individuals, and must therefore be left to the moralists and poets who, in their expressions, are not obliged to be as severe as doctors. We can keep this name, using it for the temperament dominated by the hepatic system and to indicate the tendency to fixed ideas, sadness, while the word monomania expresses an abnormal state of physical and moral sensibility with limited, obsessive delirium (p. 386, *our translation*).

Esquirol certainly distinguishes between melancholy and delirium, between common language and medical language, between disposition for obsessions and mental illness, as an abnormal state.⁶ But the “habitual state of sadness” is a long way from the wealth of meaning in Dürer’s *Melancolia I*. With Esquirol, according to Pigeaud, we see the creation of a new concept, specifically medical, and the construction of a “psychiatric” object. The shift is clear and would continue undaunted right through modern “psychiatrics”: it is the shift from the thoughtfulness of melancholy to the delirious aspect of the depressed psychotic. We shall conclude with a curious observation, that comes from a famous work of Vincent Van Gogh.

⁶ Remember, as Pigeaud says, that the term “psychiatry” invented by the German physician Reil and first appearing in a publication in 1803, went on to replace the expression “alienist medicine” in France, but not before 1860. Esquirol wrote the work cited here in 1820, and he rightly called himself an “alienist doctor”.



It is the portrait of Paul Gachet, painted in 1890 and today at the musée d'Orsay, in Paris. It clearly shows a “melancholy doctor”. As it were, a psychiatrist marked by thoughtful melancholy. Gachet was hyperactive, with hypomanic traces and at the time of the portrait, had been a widower for several years and had not recovered from his grief. As can be seen in his last writings, Van Gogh identified with him, suffering, he said, from a “nervous illness” just as serious as Gachet’s. Gachet practiced in Paris but owned a house at Auvers, where he frequented painter friends, Pissarro, Cézanne and Van Gogh, to whom he also gave medical advice. Jean Starobinski, historian of ideas and of medicine, recalls a passage in a letter from Van Gogh to his brother Theo, dated May 1890, the same year as the portrait (Starobinski, 2005):

He [Dr. Gachet] told me that if my melancholy or whatever becomes too strong, he will be able to do something to ease the intensity and that I must have no fear of being frank with him. Well, the time when I might need him will certainly come in the future but so far everything is all right (p. 412).

A few weeks later, on July 29, Van Gogh fired a bullet into his chest and died after hours of suffering. The portrait seems to be a metaphor of psychiatry, intent on treating psychotic delirium and at the same time impotent in its intention.

References

- American Psychiatric Association (1996). DSM-IV. Manuale diagnostico e Statistico dei disturbi mentali [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]. Milano: Masson (Original Work published 1994).
- Ancona, L., & Carli, R. (1970). La dinamica della partecipazione cinematografica [The dynamics of identification with films]. *Contributi dell'Istituto di Psicologia*, 33, 21-45.
- Barthes, R. (1974). *Miti d'oggi* [Myth today] (L. Lonzi, Trans.) Torino: Einaudi (Original work published 1957).

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The Normal and the Pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (1968). La Similarità Assunta come indice di adattamento sociale [Similarity as indicator of social adjustment]. *Annali di Psicologia*, 1(1-3), 85-98.
- Carli R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere [The fascinating illusion of possession, the ritual obligation of exchange, the difficult art of sharing]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285-303. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013). L'intervento psicologico in Ospedale [The psychological intervention in hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (in press). Miti costruiti e miti imposti [Constructed myths and imposed mythes].
- Carli, R., Paniccia, R. M., & Giovagnoli, F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia [Organization and unconscious dynamics]. *Rassegna italiana di sociologia*, 51(2), 183-204.
- Clair, J. (2005). Un musée de la Mélancolie [A museum of melancholy]. In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 82-88). Paris: Gallimard.
- De Mauro, T., & Mancini, M. (2000). *Dizionario etimologico* [Etymological dictionary]. Milano: Garzanti.
- Freud, S. (2003). *Totem e tabù* [Totem and Taboo]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), OSF, (Vol. 7, pp. 3-164). Torino: Boringhieri (Original work published 1912-1913).
- Ginzburg, C. (2008). *Paura, reverenza, terrore: Rileggere Hobbes oggi* [Fear, awe, terror: Re-reading Hobbes today]. Parma: MUP Editore.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1986). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* [Object Relations in Psychoanalytic Theory] (C. Mattioli, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1983).
- Jaspers, K. (1933). *Psychopathologie générale*. Paris: Alcan.
- Lalli, N. (1999). *Manuale di psichiatria e psicoterapia* [Manual of psychiatry and psychotherapy]. Napoli: Liguori.
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic] (P. Bria, Ed. & Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Paniccia, R. M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories in a culture of living together with risk of isolation]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Pigeaud, J. (2005). La mélancolie des psychiatres. Esquirol: De la lypémanie ou mélancolie [The melancholy of psychiatrists. Esquirol: lypemania or melancholy] In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 386-397). Paris: Gallimard.
- Schuster, P. K. (2005). Mélancolie I. Dürer et sa postérité [Mélancolie I. Dürer and his posterity]. In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 90-105). Paris: Gallimard.

Starobinski, J. (2005). Une mélancolie moderne: portrait du docteur Gachet par Van Gogh [Modern melancholy: Portrait of Doctor Gachet by Van Gogh] In J. Clair (Ed.), *Mèlancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 412-415). Paris: Gallimard.

Valeriano, A. (2014). *Ammalò di testa: Storie dal manicomio di Teramo (1880 – 1931)* [Ammalò di testa: Tales from the madhouse of Teramo]. Roma: Donzelli.

Il fallimento della collusione: un modello per la genesi della “malattia mentale”

Renzo Carli**, *Rosa Maria Paniccia**

Abstract

Il malato mentale non è consapevole della sua “malattia” e quindi non ha una domanda per lo psichiatra, come invece avviene nel rapporto usuale delle persone con il medico. Ci si riferisce al contributo di Georges Canguilhem in proposito. La malattia mentale viene analizzata quale medicalizzazione di un fallimento della dinamica collusiva, in una singola persona, all’interno del suo contesto di convivenza. Si analizza il patto sociale che fonda la collusione. Viene poi vista criticamente l’estensione della malattia mentale dalle forme gravi, psicotiche, alle usuali modalità di adattamento sociale; la depressione, estesa dagli psichiatri dalle sue forme più gravi sino al “carattere depressivo”, è un esempio di tale allargamento volto a psicopatologizzare modi di adattamento che nel passato erano, di contro, valorizzati.

Parole chiave: malattia mentale; collusione; diagnosi; psichiatria; individuo; convivenza.

* Già professore ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell’Università di Roma “Sapienza”, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell’International Psychoanalytical Association, direttore della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – intervento psicologico clinico e Analisi della Domanda.

** Professore associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell’Università di Roma “Sapienza”, editor della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del comitato scientifico-didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – intervento psicologico clinico e Analisi della Domanda.

Il “matto”

Il matto ha sempre attirato la violenza della gente. Ma chi è “il matto”? L’etimo, il tardo latino *matuus*, significa ubriaco, chi ha smarrito la mente per il troppo bere. Si tratterebbe, quindi, di un’alterazione dello stato di coscienza che implica comportamenti strani, non conformi alle attese. È importante, per la tesi che proporremo, capire i motivi dell’aggressività, della violenza che il matto suscita in chi ha a che fare con lui. Sembra che un primo elemento, insito nella relazione tra il matto e il contesto, consista nella *imprevedibilità* del suo comportamento entro la relazione. All’imprevedibilità si aggiungono atteggiamenti, emozioni, modalità di rapporto non giustificate dall’usuale dinamica simbolica, condivisa, che caratterizza le relazioni sociali. Il matto sembra seguire strade di simbolizzazione emozionale dei segni, entro la relazione, diverse da quelle abituali. In altri termini, non partecipa pienamente al processo collusivo in base al quale si condividono le simbolizzazioni emozionali che caratterizzano la relazione.

Nel dizionario etimologico di De Mauro e Mancini (2000) si definisce “matto” chi è più o meno gravemente menomato nelle facoltà intellettuali; vengono proposti quali sinonimi termini come malato di mente, pazzo, folle. Una definizione curiosa, perché parla solo di “facoltà intellettuali”, mentre ciò che caratterizza la relazione con i “matti” è la problematica *emozionalità* che la connota. Curiosa anche perché tra i sinonimi fa il suo ingresso la “malattia mentale”, equiparata acriticamente alla follia, alla pazzia. Matto, pazzo, folle, sono termini che non rimandano necessariamente e acriticamente al “malato di mente”. Tra lo statuto di “matto” e quello di “malato mentale” c’è una differenza abissale.

Ma torniamo all’ubriachezza; è un’alterazione dello stato di coscienza dovuta all’eccessiva assunzione di bevande alcoliche. Essa deriva dall’ingestione di sostanze che evocano nell’organismo, con l’aumento del tasso alcoolemico, un’alterazione dello stato di coscienza. Ma l’ubriaco diventa “altro”, diverso dalle persone comuni, quelle che condividono modalità comportamentali prevedibili e usuali, entro una cultura specifica. Senza un riferimento alla modalità di relazione condivisa, non si porrebbe alterità. Senza una norma relazionale non si porrebbe alterazione della relazione, quindi devianza. La norma alla quale si fa riferimento, è bene sottolinearlo, è culturale e sociale; non è una norma fisiologica come il tasso alcoolemico, appartenente al funzionamento dell’organismo.

Nella teoria della collusione da noi proposta anni fa, le culture sono peculiari sistemi di simbolizzazione collusiva, emozionalmente condivisa, degli eventi che caratterizzano l’adattamento sociale entro specifici contesti. All’interno di questi sistemi, ciascuno condivide le norme di condotta che organizzano il sistema sociale d’appartenenza. Consideriamo come “matto” chi non condivide quel sistema collusivo; chi, con il suo comportamento e con la sua espressività emozionale, ne comunica il fallimento. La definizione di “matto” va dunque ridimensionata. Una persona non fallisce nel suo adattamento alla dinamica collusiva condivisa “perché è matto”. Piuttosto, chi fallisce nella condivisione collusiva, viene definito “matto” in quanto non si conoscono i motivi di quel fallimento.

Se cambia l’intero sistema dei processi collusivi che caratterizzano momenti storici di convivenza, si pensi ad esempio alla guerra, non si parla di “matti”. Anche se il comportamento dell’intero gruppo sociale assume aspetti molto simili a quelli che farebbero definire “matto” un singolo individuo (Paniccia, 2013), in momenti sociali diversi. Questo aiuta a capire che la nozione di “matto” concerne un singolo individuo “altro”, entro un contesto relazionale “dato”. Per arrivare al “matto” servono un singolo individuo e la sua

alterità nei confronti di modalità di relazione collusiva *date*, considerate comuni per un gruppo sociale. Questo apre al problema della nozione di malattia mentale e al suo confronto con la normalità mentale; un tema altamente problematico in medicina, dove il confronto tra normale e patologico è stato oggetto di studi e dibattiti complessi, sin dall'antichità.

Normale e patologico

Freud e la scuola psicoanalitica hanno proposto, nell'immensa opera sulla patologia mentale e l'inconscio, una continuità tra normale e patologico. La tesi per cui i fenomeni patologici sono identici ai fenomeni normali corrispondenti, con una differenza dovuta a sole variazioni quantitative, fu proposta nell'800. In particolare – lo ricorda – da Auguste Comte e Claude Bernard. La corrispondenza tra fisiologia e patologia, con l'unica variazione quantitativa del fenomeno che conduce dal normale al patologico, fu confutata in medicina; si è arrivati a distinguere la normalità non solo quale capacità di adattamento alle variazioni dell'ambiente, ma anche come capacità normativa. Canguilhem (1966/1998) ci dice:

Essere sano non significa soltanto essere normale in una situazione data, ma anche essere normativo, in quella situazione e in altre situazioni eventuali. Ciò che caratterizza la salute è la possibilità di oltrepassare la norma che definisce il normale momentaneo, la possibilità di tollerare infrazioni alla norma abituale e di istituire norme nuove in situazioni nuove [...] La salute è un margine di tolleranza nei confronti dell'infedeltà dell'ambiente (pp. 160-161).

La malattia è anch'essa una norma di vita, ma è una norma inferiore, nel senso che essa non tollera alcun allontanamento dalle condizioni in cui vale, incapace com'è di trasformarsi in un'altra norma. Il vivente malato è normalizzato in condizioni di esistenza definite e ha perduto la capacità normativa, la capacità di istituire nuove norme in nuove condizioni (p. 148).

I confini tra salute e malattia sono labili non tanto perché l'una sconfinava nell'altra, quanto perché si tratta di due "norme di vita":

si è in definitiva delegato al vivente stesso, considerato nella sua polarità dinamica, il compito di stabilire dove cominci la malattia. [...] La frontiera tra il normale e il patologico è imprecisa per individui diversi considerati simultaneamente, ma è estremamente precisa per un solo e medesimo individuo considerato successivamente. Ciò che è normale in quanto normativo in condizioni date, può divenire patologico in un'altra situazione, se si mantiene identico a se stesso. Di tale trasformazione è giudice l'individuo, in quanto è lui a patirne, nel momento stesso in cui si sente inferiore ai compiti che la nuova situazione gli pone (p. 146-147).

Per Canguilhem, la scelta d'essere malato spetta al singolo individuo, nel suo processo d'adattamento. E questo differenzia profondamente la patologia medica dalla "patologia mentale". Citiamo una sua importante affermazione in proposito: "la malattia somatica non rompe l'accordo tra simili; il malato è per noi ciò che è per se stesso; mentre l'anormale psichico non ha coscienza del proprio stato (p. 90).

Guarire significa in linea di principio ricondurre a una norma, una funzione o un organismo che se ne sono allontanati. La norma, il medico, la mutua solitamente dalla propria conoscenza della fisiologia,

intesa come scienza dell'uomo normale, dalla propria esperienza diretta delle funzioni organiche, dalla rappresentazione comune della norma in un ambiente sociale e in un dato momento. Tra le *tre autorità* quella che prevale è di gran lunga la fisiologia. La fisiologia moderna si presenta come una raccolta canonica di costanti funzionali, in rapporto con funzioni di regolazioni ormonali e nervose. Tali costanti sono qualificate come normali in quanto designano dei caratteri medi e i più frequenti tra i casi osservabili praticamente. Ma esse sono qualificate come normali anche perché entrano a titolo di ideale in quella che è l'attività terapeutica. Le costanti fisiologiche sono dunque normali nel senso statistico, che è un senso descrittivo, e nel senso terapeutico che è un senso normativo (p. 94, corsivo nostro).

La malattia mentale rompe l'accordo tra simili, in quanto il malato mentale non ha coscienza del proprio stato; contrariamente al malato tradizionale della medicina, *non va dal medico di sua volontà*. Canguilhem, a proposito dell'origine dello stato di malato, fondata sulla decisione individuale del singolo, è molto preciso e ripete più volte quest'affermazione:

Non converrebbe, in fin dei conti, affermare che il fatto patologico non è percepibile come tale, cioè come alterazione dello stato normale, se non a livello della totalità organica e, nel caso dell'uomo, a livello della totalità individuale cosciente, in cui la malattia diventa una specie di male? (p. 62).

È perché ci sono uomini che si sentono malati che c'è una medicina, e non perché vi sono dei medici che gli uomini apprendono da essi le proprie malattie. L'evoluzione storica dei rapporti tra il medico e il malato nella consultazione clinica, non modifica in nulla il rapporto normale e permanente tra il malato e la sua malattia (p. 67).

Jaspers ha visto bene quali sono le difficoltà di questa determinazione medica del normale e della salute: "È il medico colui che meno ricerca il senso delle parole 'salute e malattia'. Dal punto di vista scientifico, egli si occupa dei fenomeni vitali. È la considerazione dei pazienti e delle idee dominanti l'ambiente sociale che, più del giudizio dei medici, determina ciò che si chiama 'malattia' (Jaspers, 1933, pag. 5) (p.93).

È esatto che, in medicina, lo stato normale del corpo umano sia lo stato che si spera di ristabilire. Ma è perché ad esso la terapeutica mira come al buon fine da raggiungere, che si deve dirlo normale, oppure è perché esso viene considerato normale dall'interessato, vale a dire dal malato, che la terapeutica ne fa il proprio obiettivo? (p. 96).

Distinguendo anomalia e stato patologico, varietà biologica e valore vitale negativo, si è in definitiva delegato al vivente stesso, considerato nella sua polarità dinamica, il compito di stabilire dove cominci la malattia (p. 146).

Il medico ha la tendenza a dimenticare che sono i malati a chiamare il medico (p. 171).

Potremmo continuare a lungo nelle citazioni di una nozione che Canguilhem pone alla base della sua disamina sul normale e il patologico: *è l'individuo, con la sua decisione soggettiva, che definisce il suo stato come normale o patologico*. Il medico interviene solo e soltanto nei casi ove la soggettività dell'individuo arriva alla decisione di consultarlo e di ricorrere alla sua diagnosi e alla sua cura. La diagnosi medica, quindi,

31

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

è solo secondaria alla diagnosi soggettiva dell'individuo; è quest'ultimo a decidere per un suo disagio. Corollario di questa affermazione è il fatto che il medico interviene sulla malattia, diagnosticata secondo i parametri medici della fisiologia – patologia. Non può e non vuole intervenire sul rapporto normale e permanente tra il malato e la sua malattia, per dirla con Canguilhem. Il medico, utilizzando termini che ci sono più usuali, non può e non vuole intervenire sulla soggettività del paziente; vale a dire sul *vissuto di malattia* che caratterizza ciascun malato in modo diverso e irripetibile. Possiamo così affermare che, nel momento in cui un individuo si percepisce soggettivamente come malato, si rivolge per questo al medico; quest'ultimo si occuperà del male definito secondo i parametri della scienza medica. Più specificamente, si occuperà della relazione tra fisiologia e patologia: patologia generale e patologie speciali, medica, chirurgica, ostetrica, pediatrica, neurologica ecc.

Il *vissuto di malattia*, la *soggettività dell'individuo nel suo vivere quale malato*, non sono presi in carico dal sistema sanitario, se non entro le rigide regole del gioco della relazione tra malato e sistema sanitario in tutte le sue declinazioni, dalla visita medica ambulatoriale all'assistenza domiciliare o all'assistenza ospedaliera (Carli, 2013).

Nella ricerca di dati oggettivi, seguendo Canguilhem, il medico “dimentica” la soggettività che caratterizza la domanda del malato. In altri termini, tende a dimenticare che sono i malati a chiamarlo. Nell'atto di rivolgersi al medico, da parte di chi decide soggettivamente di fare questo passo, è insita la domanda del futuro paziente. Chi va dal medico, per diventare paziente o malato, in alcuni casi vuole, sempre comunque deve veder oggettivata la sua domanda entro le categorie diagnostiche. Nella malattia mentale questo non accade. Essa è generata dal venir meno di un “accordo tra simili”, non da una valutazione soggettiva di malattia, da parte del futuro malato. Ma di quale accordo stiamo parlando? Senza un approfondimento della genesi di tale accordo, non si riesce a cogliere come si costruisce il senso della malattia mentale.

Lo stato di natura, la paura reciproca e il patto

Può essere utile, al proposito, la rilettura dell'opera di Hobbes, proposta da Carlo Ginzburg (2008).

Citiamolo:

Negli *Elements of Law* troviamo una descrizione sintetica dello *stato di natura*, legata a un'argomentazione che Hobbes non avrebbe abbandonato più. Nello stato di natura gli uomini sono sostanzialmente uguali e hanno gli stessi diritti (tra cui quello di offendere e di difendersi): per questo vivono in una condizione di guerra perenne, di ‘diffidenza generale’, di ‘paura reciproca’ (*mutual fear*). Da questa situazione intollerabile essi escono rinunciando a una parte dei propri diritti: un patto che trasforma una moltitudine amorfa in un corpo politico. Nasce così lo Stato, quello che Hobbes chiamerà Leviatano: un nome che, nel libro di Giobbe, designa una balena, un gigantesco animale marino che nessuno può prendere all'amo (p. 18, corsivo nostro).

Hobbes parla di “patto” che fa uscire gli uomini dalla paura dell'aggressività reciproca (*homo homini lupus*) per farne degli esseri sociali. Questo patto ne richiama un altro, citato da Freud in Totem e Tabù (1912-13/2003). Di che patto si tratta? L'interrogativo è particolarmente importante nello studio della malattia mentale: uno stato specifico non correlato con la soggettività della persona malata, ma con la violazione di un patto, il venir meno dell'accordo tra simili alla base della nostra socialità. La loro violazione viene chiamata, se agita da un singolo individuo, malattia mentale. La stessa violazione può assumere connotazioni diverse se vissuta da una intera compagine sociale. Lo vedremo tra poco. Seguiamo ancora Ginzburg.

32

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Hobbes – precisa Ginzburg – si pone in polemica con Aristotele, per il quale l'uomo è un animale politico e quindi, come afferma il filosofo greco nella *Politica*, la *polis* esiste per natura, è un fenomeno naturale. Per Hobbes, di contro:

lo stato di natura non è caratterizzato dalla socievolezza ma dal suo contrario: la guerra di tutti contro tutti. L'aggressione, *reale o possibile*, genera prima la paura, poi l'impulso a uscire dalla paura attraverso un patto basato sulla rinuncia di ciascun individuo ai propri diritti naturali. La città (*civitas*, ossia la comunità politica), il risultato di questo patto, è un fenomeno artificiale: una conclusione, in qualche modo anticipata, del paragone con l'orologio introdotto da Hobbes (Ginzburg, 2008, p. 25, corsivo nostro)⁷.

Per formulare questa teoria della genesi del sistema sociale, Hobbes – secondo Ginzburg – si ispira a Tucidide, di cui aveva tradotto l'opera più importante. In particolare, Hobbes si riferisce a *La guerra del Peloponneso* e alla descrizione delle conseguenze sconvolgenti dell'infuriare della peste che colpì Atene nel 429 a. C.. Tucidide analizza il dissolversi di ogni legge, e chiama *anomia* questo fenomeno che riporta la relazione tra persone allo stato di natura, quello previsto da Hobbes quale stato iniziale della relazione tra esseri umani. Uno stato di natura “artificiale”, evocato dal sentimento di morte imminente che pervade gli ateniesi di fronte all'ecatombe che il morbo porta con sé.

La paura degli dei o le leggi umane non rappresentavano più un freno, da un lato perché ai loro occhi il rispetto degli dei o l'irriverenza erano ormai la stessa cosa, dal momento che vedevano morire tutti allo stesso modo, dall'altro perché, commesse delle mancanze, nessuno sperava di restare in vita fino al momento della celebrazione del processo e della resa dei conti. La pena sospesa sulle loro teste era molto più seria, e per essa la condanna era già stata pronunciata: era naturale quindi, prima che la morte si abbattesse su di loro, godersi un po' di vita (Ginzburg, 2008, p. 27).

Vediamo ancora cosa dice Ginzburg a proposito della genesi dello Stato, entro la teorizzazione proposta da Hobbes:

Dunque, sia nel caso dell'origine della religione, sia in quella dell'origine dello Stato, troviamo all'inizio la paura (*feare*) e alla fine, come risultato, la soggezione o reverenza (*awe*). In mezzo, la finzione, che s'impone a coloro che l'hanno creata come una realtà (p. 35).

Tra paura e soggezione, come transizione necessaria, c'è di mezzo la finzione. Questa transazione propone un aspetto della “genesì dello Stato”, in Hobbes, particolarmente interessante per la nostra analisi. Facciamo ancora riferimento a Ginzburg:

L'ignoranza delle cause naturali e la paura (*feare*) che ne consegue, inducono gli uomini, dice Hobbes, a ‘supporre e a fingere tra sé e sé diverse specie di poteri invisibili, a guardare con

⁷ Più sopra Ginzburg aveva detto, a proposito del metodo di studio in Hobbes: “Per capire come funziona un orologio dobbiamo smontarlo: solo così riusciremo a capire quale funzione abbiano i vari ingranaggi” (2008, p. 24). Ma va anche ricordata la metafora dell'orologio come funzionamento del sistema sociale: quel che conta, nel sistema sociale, è l'ordine. Un orologio non funziona bene se le rotelle hanno troppa libertà: ognuna andrebbe per proprio conto. Di qui l'importanza dell'orologiaio che mette ciascuna rotella al suo posto. La metafora evidentemente concerne le differenti persone che compongono un sistema sociale ordinato.

soggezione alle proprie immaginazioni, a invocarle quando si trovano in difficoltà, e a ringraziarle quando gli eventi hanno avuto un esito favorevole'. Ancora una volta Hobbes associa alla religione la soggezione, *awe*, ma in un contesto che sottolinea come gli uomini siano indotti a 'guardare con soggezione alle proprie immaginazioni (*and to stand in awe of their own imaginations*)'. Ritengo che nel descrivere questo atteggiamento, apparentemente paradossale, Hobbes si sia ricordato di una straordinaria frase di Tacito: '*fingebant simul credebantque*' (*Ann. V, 10*), 'immaginavano e al tempo stesso prestavano fede alle proprie immaginazioni'. E' una frase che ritorna per ben tre volte, con minime variazioni, nell'opera di Tacito, per descrivere eventi circoscritti come la circolazione di notizie false. Hobbes si servì della formula di Tacito (che era stata citata in maniera distorta, da Bacone, di cui egli era stato segretario) per descrivere un fenomeno generalissimo: l'origine della religione. Hobbes usa il verbo *feign*, che ho tradotto con 'fingere', per mantenere l'associazione col sostantivo *fiction* (opera d'immaginazione, romanzo), e con l'aggettivo *fictive* (fittizio, finto). *Feign* ricalca il verbo usato da Tacito: *fingebant* (p. 34).

Ripercorriamo l'etimo del verbo latino "*fingo, finxi, fictum, ere*". Significa foggiare, dar forma, modellare. In senso traslato vale: cambiare, trasformare. Ma anche immaginarsi, il formarsi nella mente di qualcosa, figurarsi, raffigurarsi. Ancora: inventarsi, dire falsamente, fingere, simulare, dare a intendere. Ma anche accomodare, aggiustare. È un verbo dai molteplici significati, ma tutti ruotano attorno al "dare forma" a qualcosa che non corrisponde al vero; al produrre mentalmente una raffigurazione inventata ai fini di un accomodamento. Immaginare, è la traduzione di Ginzburg. Un'immaginazione che nasce da un'emozione sgradevole, insopportabile, quale è la paura. Una finzione, dice lo storico. Che si impone, a chi l'ha creata, come se fosse realtà.

La psicoanalisi ci fa cogliere il senso di quanto abbiamo analizzato con l'aiuto di Ginzburg: il patto "sociale", fondato su una finzione, che sta alla base delle grandi convenzioni quali lo stato e la religione, altro non è che il *processo collusivo*. Abbiamo proposto, anni fa, il costrutto di collusione quale manifestazione del modo di essere inconscio della mente entro le relazioni sociali. Colludere significa simbolizzare emozionalmente, in modo univoco, aspetti della realtà contestuale da parte di chi condivide quel contesto. La collusione, quindi, è l'espressione del modo di essere inconscio della mente, nella dinamica che sta alla base dei processi di socializzazione. Nell'esempio di Hobbes, la paura è l'emozione condivisa dagli esseri umani entro lo specifico contesto dello "stato di natura". Ciò significa che, nello stato di natura, ogni essere umano può simbolizzare l'"altro generalizzato", quale nemico (Ancona & Carli, 1970; Carli, 1968). La paura è l'emozione che definisce la simbolizzazione affettiva dell'"altro generalizzato" quale nemico. Non si tratta, lo sottolineiamo, di un singolo "altro - nemico", nei confronti del quale si può mobilitare il sistema d'appartenenza entro la strategia, per dirla con Bion, dell'attacco o della fuga. Se il nemico è l'altro generalizzato, scompaiono i sistemi d'appartenenza e tutto ciò che anima il contesto è irrimediabilmente nemico. Di qui la necessità di "inventare" un patto collusivo, di simbolizzare emozionalmente regole del gioco e sistemi di potere limitanti la pericolosità reciproca di ciascuno, di costruire simbolicamente lo Stato. Lo Stato nasce quale mito reificato, quale costruzione collusiva mitica che, come insegna Barthes (1957/1974), da storia si fa natura, si radica entro la mente dei partecipanti al patto collusivo quale naturalità rassicurante.

Come lo Stato e la religione, ogni componente della cultura sociale è il risultato di un processo collusivo, quindi di una simbolizzazione affettiva condivisa nei confronti dei molteplici aspetti della realtà che fondano la cultura locale di un gruppo sociale, di un sistema organizzativo, di una tradizione di convivenza. La socialità ha le sue radici nella collusione, possibile grazie alla simbolizzazione inconscia, univoca o correlata, della realtà contestuale. L'alternativa è la paura: un'emozione insopportabile e angosciante che si prova entro

34

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

una solitudine abbandonica, ove il confronto con l'altro, simbolizzato quale nemico generalizzato, si fa minacciante. Una situazione molto vicina, forse coincidente con quella che Matte Blanco (1975/1981) chiamava "precipitare in uno stato di non esistenza".

Il modo d'essere inconscio della mente presiede alla trasformazione simbolico affettiva dell'altro generalizzato in una dimensione minacciante, nemica. L'altro può divenire "amico", solo entro la condivisione emozionale di un sistema d'appartenenza che bonifichi l'aggressività reciproca e senza limiti. È il patto collusivo che rende possibile pensare *sulla* relazione, quindi l'apprendere dall'esperienza e lo strutturarsi di sistemi di convivenza fondati su quell'interesse reciproco per la "cosa terza" che fonda la cultura e i processi organizzativi (Carli, 2012). La dinamica collusiva inconscia, quindi, consente di addomesticare le potenzialità angosianti del sistema inconscio, rendendolo funzionale al pensiero condiviso e all'accordo sociale.

D'altro canto entro i sistemi sociali possono verificarsi devastanti fallimenti del processo collusivo. Un esempio, riportato da Ginzburg, è quello di Tucidide e del suo racconto sull'infuriare della peste in Atene. La peste, o meglio il vissuto simbolico-affettivo dell'evento, con il sentimento di morte imminente e ineluttabile che l'accompagna, destruttura il patto collusivo e dissolve ogni soggezione nei confronti delle leggi e degli dei: "La paura degli dei e le leggi umane non tenevano più a freno" scriveva Tucidide. Non per questo si parlava o si parla, in casi simili, di malattia mentale. Gli esempi di fallimento sociale della collusione sono molteplici e connotano la storia dell'umanità in tutte le sue tappe. Si pensi, ad esempio, alle guerre tra popoli, tra nazioni, alle rivolte o alle rivoluzioni, al colonialismo, al dominio razzista di alcuni popoli su altri, all'imperialismo con le sue "follie", giustificate sulla base della superiorità mitica di alcuni popoli, ai genocidi che hanno macchiato la storia della cosiddetta civiltà. Ad esempio, nel 1907, il genocidio degli Herero in Namibia, ad opera dei tedeschi che intendevano colonizzare quella terra. Per finire con gli stermini nazisti, stalinisti, di Pol Pot e dei Khmer Rossi in Cambogia. Potremmo continuare a lungo.

Interessante la tesi di Ginzburg, in proposito: ricordando il nome in codice dell'operazione che portò gli americani a bombardare Bagdad, nel marzo 2003 (*Shock and Awe*; colpire e terrorizzare) parla dell'intenzione di incutere e diffondere un terrore "sacro" per creare sottomissione. Dice Ginzburg:

Viviamo in un mondo in cui gli Stati minacciano il terrore, lo esercitano, talvolta lo subiscono. E' il mondo di chi cerca di impadronirsi delle armi, venerabili e potenti, della religione, e di chi brandisce la religione come un'arma. Un mondo in cui giganteschi Leviatani si divincolano convulsamente o stanno acquattati aspettando. Un mondo simile a quello pensato e indagato da Hobbes (2008, p. 42).

Il dominio esercitato con il terrore, d'altro canto, non è proprio solo delle armi da guerra. La religione del libero mercato senza regole ha fatto, della speculazione finanziaria, un'arma terroristica efficiente, terribile. La nostra cultura è colma di "miti imposti" (Carli, 2014), ove la trasformazione di un evento storico in un fatto naturale serve alla sacralizzazione dell'evento e dei suoi protagonisti. La costruzione del mito è fondata sul processo di simbolizzazione affettiva collusiva, alla quale abbiamo fatto cenno. Mitizzare un aspetto della realtà, la finanza, la democrazia, la genitorialità, la parità dei generi, la notorietà, l'essere famosi, la supremazia occidentale, la competitività, significa sacralizzare il mito e utilizzarne la sacralità come arma per incutere soggezione e terrore. Soggezione e terrore, d'altro canto, sono anche le ambigue e complesse emozioni evocate dalla relazione con le persone chiamate "malati mentali".

Siamo arrivati al punto centrale della nostra analisi della genesi della malattia mentale. Più volte abbiamo sostenuto che la malattia mentale altro non è che l'esito di un fallimento collusivo. Oggi possiamo dire che si tratta di un *fallimento collusivo agito da una singola persona*. Lo stesso fallimento collusivo, se diffuso entro

35

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

un sistema sociale, pone di fronte a problemi di sacralizzazione del mito, dalle conseguenze altamente problematiche per migliaia o per milioni di persone. Leggiamo le parole con cui inizia la prefazione di un volume sulla storia dell'Ospedale di Teramo (Valeriano, 2014):

Questa ricerca è nata dalla volontà di riportare alla luce e raccontare migliaia di storie dimenticate, consumatesi fra la fine dell'ottocento e i primi decenni del novecento in uno dei più grandi manicomi dell'Italia centro-meridionale. Situato in 'periferia', il Sant'Antonio Abate di Teramo si inserì nel giro di pochi anni all'interno di una scacchiera assistenziale che andava progressivamente ridefinendo la propria configurazione intorno alle 'urgenze sociali' del nuovo Stato unitario. C'era la necessità di togliere dalle strade quanti – poveri, mendicanti, alcolisti, diseredati – rappresentavano delle potenziali minacce per l'ordine pubblico; ma c'era anche l'intenzione di applicare, su quanti venivano ritenuti recuperabili, cure e terapie in grado di restituirli alla società, trasformando la loro alienazione improduttiva in una riabilitazione produttiva (p. 3).

Nessun trattato di psichiatria definisce con più precisione la malattia mentale di queste parole: “togliere dalle strade” le potenziali minacce per l'ordine pubblico. Ricordiamo Canguilhem: “sono i malati a chiamare il medico”. La differenza è palese, non ha bisogno di commenti. Le potenziali minacce per l'ordine pubblico, d'altro canto, sono i poveri, i diseredati, i mendicanti e gli alcolisti. Persone che non rispondono al conformismo, alle attese di un adattamento sociale coerente con la cultura collusiva, con le esigenze di produttività. L'ordine pubblico, ricordiamolo, è la risultante di un “patto” collusivo fondato in prevalenza sul rispetto della proprietà privata, potenzialmente minacciata dalle persone in cattive condizioni economiche. La stessa cosa si può dire per il “decoro” cittadino, messo in crisi da mendicanti e alcolisti. Quanto sottolineiamo, d'altro canto, è la totale assenza di ogni partecipazione motivata, da parte delle persone coinvolte, al provvedimento volto a toglierle dalla strada, al “ricovero” forzato entro l'ospedale psichiatrico. Quello che oggi chiamiamo Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). I poveri, i diseredati, i mendicanti sono malati? E gli alcolisti? Perché si pensa agli alcolisti, e non agli affetti da tabagismo o da bulimia? Gli utenti dell'ospedale psichiatrico erano, di fatto, potenziali o reali protagonisti di un fallimento della dinamica collusiva che regge la convivenza. Allo stesso modo potremmo citare i depressi, gli agitati, gli psicotici nelle loro differenti declinazioni. La motivazione che induce alla richiesta di un intervento psichiatrico è, nella quasi totalità dei casi, una motivazione estrinseca alla persona “malata”, e discende da un fallimento della dinamica collusiva le cui conseguenze si ripercuotono entro il sistema di convivenza pubblico e privato, familiare.

In sintesi: nel caso della malattia medica, esiste la medicina perché c'è una domanda di cura da parte di chi, soggettivamente, decide d'essere malato. Nel caso della psichiatria, questa esiste perché il sistema sociale, nelle sue varie articolazioni, ha fatto esistere il “malato”. La psichiatria non ha a che fare con la domanda di un malato. Ha a che fare con la designazione di specifici individui quali utenti della psichiatria, perché problematici sul piano della convivenza. Si ha così a che fare con un vero e proprio processo di medicalizzazione di un problema che, in sé, non è medico. La medicalizzazione di un fallimento della collusione è alternativa al processo di criminalizzazione. In quest'ultimo caso, l'istituzionalizzazione dei responsabili del fallimento collusivo avviene tramite il carcere. Nel caso della medicalizzazione, avveniva tramite l'ospedale psichiatrico; ora, dopo la legge 180 e la chiusura degli ospedali psichiatrici, avviene tramite la carriera psichiatrica dei malati mentali, entro il sistema di salute mentale che prevede l'SPDC, il

CSM, i centri diurni, le case famiglia, le comunità terapeutiche o riabilitative, le famiglie quali contenitori alternativi all'istituzionalizzazione emarginante degli ospedali psichiatrici⁸.

Interessante notare come l'atto psichiatrico, con il quale si inaugura la medicalizzazione del protagonista di un fallimento collusivo, sia la diagnosi. Con essa avviene un'importante trasformazione: l'individuo che crea potenziali problemi di rapporto, entro le relazioni familiari o sociali, assume lo statuto vero e proprio di "malato". Malato di una malattia che gli viene assegnata contro la sua volontà. Il malato mentale, ricordiamolo ancora una volta, non ha consapevolezza del proprio stato.

La diagnosi psichiatrica, lo sottolineiamo, si propone, per molti versi, con modalità profondamente diverse dalla quella medica. Come abbiamo detto, la diagnosi medica viene formulata *dopo* che il medico è stato consultato dal paziente. Il medico, quindi, non ha alcun potere sulla distinzione tra normalità e patologia nell'ambito clinico. Il medico è legittimato a confrontare lo stato del paziente con le sue conoscenze di fisiologia e di patologia, soltanto in conseguenza della decisione di quella persona di rivolgersi a lui. È poi tenuto a formulare una diagnosi eziopatogenetica, una prognosi e a proporre una terapia; quest'ultima, d'altro canto, richiede il consenso informato del paziente. Nella psichiatria, di contro, è il sistema sociale, nelle sue varie forme, che predispone l'incontro tra persona e psichiatra. Il confronto tra normalità e patologia rappresenta un problema enorme per la psichiatria. Manca la motivazione a rivolgersi allo psichiatra da parte del paziente; è carente o assente il vissuto soggettivo di malattia che, come abbiamo visto, motiva il (futuro) malato a ricorrere alle cure sanitarie.

C'è da chiedersi come si siano organizzate una "psicopatologia" generale o una "psicopatologia" speciale, in assenza di una domanda del paziente e di una definizione, sia pur problematica, della demarcazione tra normale e patologico in ambito psichico, quale è possibile entro la medicina generale. È singolare che, per la definizione di un disturbo mentale, si invochi la "riconoscibilità" dell'evento da parte di "altri" che non siano l'interessato al problema.

In Psichiatria, più che in altri campi della Medicina, il concetto di normalità è sfuggente, soprattutto perché nella genesi e nella espressività della psicopatologia giocano un ruolo non indifferente fattori culturali e sociali, che sono molto vari e diversi. Tuttavia, senza cadere in un relativismo culturale esasperato che porterebbe a riconoscere e definire la patologia, solo all'interno di una specifica cultura e quindi a negare evidenti patologie solo perché frequenti in quella cultura, possiamo dire che la relatività può valere solo per disturbi lievi; mentre, per esempio, una depressione endogena è riconoscibile comunque e in ogni contesto culturale (Lalli 1999, p. 79).

Normale e patologico in psichiatria

Nel breve testo riportato s'intrecciano differenti criteri, nell'affrontare il tema della normalità in psichiatria. C'è confusione, ad esempio, tra "riconoscibilità" di una forma psicopatologica e "frequenza" con la quale ricorre entro una specifica cultura. Ma il problema è ben diverso. La riconoscibilità di comportamenti che definiscono una forma patogena non è collegabile solo alla loro frequenza, quanto anche ai modelli culturali

⁸ Per un approfondimento della cultura che caratterizza oggi il sistema di salute mentale, vedi Carli & Paniccia (2011).

con i quali quei comportamenti vengono percepiti. Prendiamo i sintomi che caratterizzano, secondo il DSM IV (APA, 1994/1996)⁹, l'episodio depressivo maggiore.

La caratteristica essenziale di un Episodio Depressivo Maggiore è un periodo di almeno due settimane durante il quale è presente depressione dell'umore o perdita di interesse o di piacere per quasi tutte le attività. Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile anziché triste. L'individuo deve anche presentare almeno altri quattro sintomi di una lista che include alterazione dell'appetito o del peso, del sonno e dell'attività psicomotoria; ridotta energia; sentimenti di svalutazione o di colpa; difficoltà a pensare, concentrarsi o prendere decisioni; oppure ricorrenti pensieri di morte o ideazione suicidaria, pianificazione o tentativi di suicidio. Un sintomo, per condurre a una diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore, deve essere di nuova comparsa o nettamente peggiorato rispetto allo stato premorbo del soggetto. I sintomi devono persistere per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due settimane consecutive. L'episodio deve essere accompagnato da disagio o menomazione sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento, clinicamente significativi. Per alcuni individui, con episodi più lievi, il funzionamento può apparire normale, ma richiede uno sforzo marcatamente superiore (p. 357).

Possiamo affermare, riandando a nozioni della psichiatria classica, che l'episodio depressivo maggiore rappresenta una di quelle crisi che, fondamentalmente, hanno a che fare con la psicosi depressiva da un lato, quella schizofrenica dall'altro. Psicosi depressiva e psicosi schizofrenica sono state le evenienze che hanno popolato gli ospedali psichiatrici fin dal loro sorgere e che hanno risentito in modo decisivo dell'avvento degli psicofarmaci; non tanto per una "guarigione" di queste forme psicotiche che anche la psicofarmacologia non "risolve", quanto per una maggior possibilità dei soggetti psicotici di essere sedati e di aver maggiori potenzialità di inserimento sociale; in famiglia, in comunità o entro sistemi protetti. La vecchia psichiatria conosceva tre tipologie di soggetti da istituzionalizzare entro i manicomi e da sottrarre all'usuale sistema di convivenza: gli alcoolisti, gli psicotici depressi e gli psicotici schizofrenici. Ad essi potevano aggiungersi i soggetti affetti da demenza. Tutte persone incapaci di affrontare una convivenza senza far fallire, per le ragioni più diverse, la dinamica collusiva che reggeva e che regge la convivenza stessa.

Ma la psichiatria non poteva, in quanto settore della medicina, accettare questa limitazione "scientifica" e questa *mission* sociale, tutta dedicata al sottrarre le persone "scomode" ai sistemi di convivenza. Di qui l'ampliamento del proprio raggio di analisi dei problemi psichici e di azione "terapeutica" entro il sistema sociale. Che significa "ampliare" il proprio campo di studio e di intervento? L'ambito della depressione ci aiuta a capire di cosa stiamo parlando. Si sa che esso è classicamente suddiviso, nei trattati di psichiatria e sin dall'epoca di Emil Kraepelin, nel modo seguente o in modalità del tutto simili: depressione endogena monopolare; psicosi maniaco-depressiva o bipolare; depressione involutiva. Si parla di interazione tra fattori psichici e somatici, nel quadro depressivo ove con il tempo si sono moltiplicate le distinzioni nosografiche in base alla sintomatologia e alla rispondenza delle varie forme agli psicofarmaci. C'è, d'altro canto, una aggiunta a nostro modo di vedere preoccupante, che in molti trattati di psichiatria viene fatta alla triade delle forme depressive "maggiori", ora elencate. Si tratta della psiconevrosi depressiva, o distimia, o depressione nevrotica e del carattere depressivo ad essa associato. "La depressione – insieme all'ansia – rappresenta la manifestazione psicopatologica più frequente e ubiquitaria" (Lalli, 1999, p. 314). Approfondendo il senso di

⁹ Ci riferiamo al DSM IV, non al recente DSM V, come maggiormente rappresentativo della cultura psichiatrica in uso.

quest'affermazione, colpisce l'associare ansia e depressione, spesso definite disturbi emotivi comuni, alla psicopatologia. Leggiamo cosa dice Lalli:

Nel lutto è il mondo che è diventato vuoto e povero; nella malinconia è invece l'Io stesso.

Questa spiegazione¹⁰ verrà ampliata e integrata successivamente da O. Fenichel e da S. Rado, che introducono l'importante concetto di *autostima*. Secondo questi autori, sono predisposti alla depressione quei soggetti che hanno intenso bisogno di essere approvati e elogiati, avendo una autostima molto bassa che deve essere continuamente sostenuta e rinforzata da un oggetto o da una situazione esterna. Quindi non è la perdita dell'oggetto amato, che provoca la depressione, ma la perdita di un oggetto investito e vissuto come fonte della propria autostima: in questo senso la perdita dell'oggetto corrisponde alla perdita della propria autostima. In questi soggetti – predisposti alla depressione – la relazione oggettuale ha funzioni essenzialmente narcisistiche; il depresso non ama l'oggetto in quanto tale, ma solo nella misura in cui tale oggetto è fonte di autostima. Il che porta facilmente ad *idealizzare* l'oggetto: cioè gli vengono attribuite doti di bontà, di infallibilità, di superiorità che spesso non corrispondono alla realtà dell'oggetto.

Nel caso in cui l'oggetto, che può essere una persona, un ideale, una entità sociale, una ideologia, e della cui forza il soggetto aveva bisogno di sentirsi partecipe, scompaia oppure fallisca, per il soggetto è come perdere la parte migliore di sé, e si trova così esposto alle forze distruttive della propria rabbia ed ostilità, che non sono più contenute ed arginate dalle valenze libidiche. Questi concetti fondamentali derivati dagli studi psicoanalitici rappresentano ancora oggi il modello più valido per la spiegazione della depressione (p. 314).

Una prima osservazione a questo approccio è collegabile alla nozione di “oggetto” in psicoanalisi. Nella teoria pulsionale di Freud, l'oggetto di una pulsione è la persona verso la quale essa è diretta. L'oggetto, quindi, è una persona “reale”. Ma la teoria pulsionale non ha nulla a che fare con la teorizzazione entro la quale viene presentato l'oggetto, nella definizione ora citata. Come ricordano Greemberg e Mitchell (1983/1986), in molte teorie psicoanalitiche per relazioni oggettuali non s'intendono le relazioni con le “persone reali”, quanto con le rappresentazioni interne di altri individui, o con le loro immagini interne chiamate anche “oggetti interni”. La loro ipotesi è possibilista:

Il termine ‘teoria delle relazioni oggettuali’, nel suo senso più ampio, si riferisce ai tentativi, all'interno della psicoanalisi, di dare una risposta a questi interrogativi, cioè di mettere a confronto la constatazione – che potenzialmente causa confusione - che le persone vivono simultaneamente in un mondo esterno e in un mondo interno, e la relazione tra i due ambiti, che va dal mescolamento più fluido alla più rigida separazione (p. 23).

Oggi, con lo sviluppo delle teorie relazionali in psicoanalisi, si pensa all'oggetto quale componente psichica, simbolizzata emozionalmente, che consente successivamente una costruzione emozionale della realtà. In questo senso ogni relazione oggettuale “ha funzioni narcisistiche” e ogni oggetto, se inteso quale rappresentazione simbolico-emozionale di aspetti della realtà, ha una componente idealizzata, con valenze maniacali o depressive. Intendiamo sottolineare che la descrizione della “depressione”, presente nel manuale

¹⁰ È la spiegazione, riferita a Freud, della differenza tra lutto e malinconia (equivalente, quest'ultima, alla depressione endogena). Nella malinconia il soggetto si sente colpevole della perdita dell'oggetto e non è quindi possibile una elaborazione del lutto che ne consegue (nota degli Autori).

di psichiatria, rappresenta una modalità di costruzione del mondo interno e di quello esterno propria di tutti noi. I “soggetti predisposti alla depressione”, in quest’ottica, non esistono. O meglio, ognuno può essere visto, anche, come predisposto alla depressione. Così come ognuno di noi è predisposto all’ansia e alle emozioni che caratterizzano la nostra dinamica interna. Non entriamo nel merito di queste proposte teoriche che lo sviluppo “costruttivista” della psicoanalisi ha consentito (Carli, Paniccchia, & Giovagnoli, 2010).

Rimane il fatto, incontrovertibile, che le argomentazioni a favore di una supposta eziologia della depressione, in chiave psicoanalitica, presuppongono che per le dimensioni descritte, entro la dinamica descritta da Lalli, ci siano stati “normali” e situazioni che deviano dalla norma. Prendiamo, ad esempio, l’affermazione: “sono predisposti alla depressione quei soggetti che hanno intenso bisogno di essere approvati e elogiati, avendo una autostima molto bassa che deve essere continuamente sostenuta e rinforzata da un oggetto o da una situazione esterna”. Si ipotizza un bisogno “normale” di essere approvati e elogiati, contrapposto a un bisogno “intenso”. Con quali “misure” si definisce normale o intenso tale bisogno, se con Matte Blanco sappiamo che le emozioni, entro il modo d’essere inconscio della mente, sono sempre presenti in modo infinito? Nella dinamica del bisogno d’essere approvati, pensiamo ci sia una normalità e una patologia? Esiste un oggetto interno non idealizzato? E una idealizzazione che non sia tale per proteggere l’oggetto dall’ambivalenza che esso suscita? Esiste una relazione oggettuale non ambivalente? Ma c’è di più. Quando si afferma che la scomparsa dell’oggetto rassicurante può esporre l’oggetto stesso alla rabbia distruttiva di chi si sente abbandonato, si ha presente che tutto questo avviene entro dinamiche relazionali realmente presenti nell’esperienza del soggetto? Senza una prospettiva che consideri l’apporto di tutte le componenti della relazione e della dinamica collusiva che le caratterizza, è impossibile trarre conclusioni su un singolo soggetto. Ci sembra, in definitiva, altamente problematico il parlare di soggetti “predisposti” alla depressione.

“Mélancolie” e depressione: due modi di guardare al pensare emozioni.

C’è infine un’ulteriore considerazione. Concerne il modo con cui è stata considerata la “melancolia”, nella nostra lingua “malinconia”, nella storia dell’uomo. Una mostra dal titolo “Mélancolie. Génie et folie en Occident”, curata da Jean Clair, è stata presentata al Gran Palais di Parigi nell’ottobre del 2005 e alla Neue Nationalgalerie di Berlino nel maggio del 2006. Una mostra interessante, che ripercorre l’iconologia della *melancolia* dall’antichità ai giorni nostri. La mostra ruota, per certi versi, attorno all’incisione di Albrecht Dürer “Melancolia I” del 1514.



L'etimologia di melancolia, termine che Dürer utilizza per intitolare la sua opera, iscrivendolo nel cartiglio in alto a sinistra, retto da un pipistrello, è composto dalle parole greche *mélas*: “nero” e *kholé*: “bile”.



Le parole di Jean Clair aiutano a cogliere il senso di questo termine, molto importante per la cultura dell'occidente.

La *mélancolie* est double. Affection de l'esprit, c'est un humeur du corps. Son nome évoque un vague à l'âme, une fumée assombrit la pensée et le visage, un voile jeté sur le monde, une tristesse sans cause. Mais il désigne aussi une entité physique, une matière visible, un corps sensible, un liquide doté de propriétés spécifiques, de couleur noire, de composition diverse et d'effet nocif quand elle est 'aduste', c'est-à-dire brûlée: c'est la bile noire, que secrète la rate. Cet organe qu'en anglais on appelle *spleen* est alimenté, selon Galien, par la veine *splenitis*, par laquelle on pratique la saignée du mélancolique. La veine 'splénétique' donnera plus tard son nom à la forme moderne de la *mélancolie*, celle qui, de Keats à Baudelaire, frappera les dandys de l'âge romantique (Clair, 2005, pag. 82).

La malinconia è doppia. Malattia dello spirito, è anche un umore del corpo. Il suo nome evoca un'ondata che invade l'anima, un fumo che oscura il pensiero e il volto, un velo gettato sul mondo, una tristezza senza motivo. Ma designa anche una entità fisica, una materia visibile, un corpo, un liquido dotato di proprietà specifiche, di colore nero, di composizione diversa e dagli effetti nocivi quando è adusto, come se fosse bruciato: è la bile nera, quella bile secreta dalla milza. Questo organo, nella lingua inglese viene chiamato *spleen*, è alimentato, secondo Galeno, dalla vena *splenitis* attraverso la quale si pratica il salasso del malinconico. La vena splenica darà più tardi il suo nome alla forma moderna della malinconia; quella malinconia che, da Keats a Baudelaire, colpirà i dandy dell'era romantica (traduzione nostra).

Il temperamento melanconico sembra racchiudere in sé doni intellettuali molto ricchi, anche se percorsi da traversie mentali problematiche. Moltissime sono le interpretazioni dell'incisione düreriana, diversi i tentativi di dare un senso al capolavoro e alla sua ambiguità misteriosa. Una buona sintesi delle interpretazioni che si sono succedute le troviamo nel lavoro di Schuster (2005), "Dürer et sa postérité". Ripercorriamo quella di Erwin Panofsky e Fritz Saxl, illustri iconologi, allievi di Aby Warburg, fondatore del Warburg Institute, e a loro volta maestri di una schiera di storici dell'arte e iconologi, tra i quali ricordiamo Henri Frankfort, Gertud Bing, Ernst H. Gombrich. Panofsky e Saxl dissentono

41

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

dall'interpretazione del loro maestro, Warburg, che vedeva nell'incisione la personificazione della malinconia nella sua lotta vittoriosa contro le oscure potenze che la abitano: la follia, il dolore, la pigrizia, il lutto. Per loro Dürer nobilita la pigrizia melanconica, rifacendosi alla teoria elaborata da Aristotele e da Marsilio Ficino. Il temperamento malinconico, per questi autori, è la condizione di ogni grande dono dello spirito. Ciò che Dürer rappresenta è questo genio malinconico che, arrivato al termine della sua aspirazione alla conoscenza, è rassegnato in quanto misura i limiti del suo spirito in un confronto con il divino, ricadendo nella disperazione e nella tristezza. Per i due iconologi l'incisione di Dürer ha il senso di una messa in guardia dall'aspirazione senza limiti, propria di chi confronta il suo operato con la divinità. Seguendo questa proposta, ci proviamo a dare un ulteriore sviluppo all'interpretazione dell'incisione düreriana. Il termine "desiderare", nella nostra lingua, significa etimologicamente *de – sidera*: "togliere lo sguardo dalle stelle". Si potrebbe affermare che la malinconia e il desiderio sono la stessa cosa: l'accettazione dei *limiti* della condizione umana, l'emozione *triste* insita in questa limitazione. Al contempo, la malinconia implica la possibilità di superare la passività che può derivare da questa limitatezza, e l'intrapresa di opere importanti perché fondate sulla realtà della propria condizione. In questo senso, la componente desiderante della malinconia concilia le interpretazioni di Warburg con quelle di Panofsky e Saxl.

Se si guarda alla depressione malinconica quale stato emozionale che deriva dall'accettazione del limite umano, dalla rinuncia all'onnipotenza per misurarsi con il potere che è proprio di chi si confronta con la realtà delle cose, con la fatica e le difficoltà che s'incontrano nella realizzazione di cose terze, si può capire la grande anticipazione di senso che l'opera di Dürer ci propone. Guardiamo attentamente la figura rappresentata, con la testa appoggiata sulla mano sinistra chiusa a pugno, il braccio appoggiato sul ginocchio e lo sguardo diretto verso l'alto, verso il cielo popolato di comete e arcobaleni, verso la distesa d'acqua che si perde all'orizzonte, in lontananza. Si tratta di una posizione che viene da lontano, da steli greche e romane, da iconologie che si sono ripetute identiche nel corso dell'arte antica, moderna e che ritornano anche nell'arte contemporanea. Cosa viene alla mente? La posizione ricorda, certamente, un atteggiamento "pensoso", l'atto del pensare¹¹. Accettare il limite, organizzare il desiderio che può aver origine dal limite stesso, tutto questo deriva dal "pensare emozioni", dalla possibilità di sospendere l'azione per organizzare un pensiero sull'emozione che la consapevolezza del limite evoca e sulle potenzialità che l'accettazione del limite comporta. Questo pensiero emozionato implica la sospensione dell'agito emozionale. Più volte abbiamo ricordato come il destino dell'emozione sia duplice: le emozioni si possono agire o pensare. Dürer ci indica, nell'ottica interpretativa che stiamo proponendo, l'atto del pensare emozioni. Un atto che implica la sospensione dell'agito emozionale e, di conseguenza, dell'azione trasformativa nei confronti della realtà. Gli strumenti dell'azione, infatti, sono sparsi, per terra, attorno alla figura "pensante". Si può capire, in quest'ottica, come sin dai tempi antichi la *melancholia* sia stata associata ai saggi, ai filosofi, ai poeti, alle persone capaci di sviluppare e proporre un pensiero, il loro pensiero emozionato. Quindi il desiderio. Il desiderare, infatti, non è associato all'azione, ma al pensiero emozionato.

Si può anche capire che nel pensare malinconico sia implicata l'autostima. Non nel senso prima citato, ove la perdita di un'autostima troppo elevata "spiegava" la depressione. Qui l'autostima, se intesa come un pensare a se stessi ancorato alla realtà, serve a superare l'onnipotenza della fantasia di essere come "dio". Ciò rimanda a molti miti, a quello del paradiso terrestre dal quale vengono cacciati Adamo e Eva, ma anche a quello dell'angelo ribelle, che si voleva "dio" e viene cacciato all'inferno. Nella *Melancholia I* düreriana, la

¹¹ Si pensi, ad esempio, alla scultura di Auguste Rodin, conservata a Berlino, ove una figura maschile viene rappresentata nella posa riconducibile a quella di Melancholia I di Dürer e che lo scultore francese intitola: *Le penseur* (Il pensatore).

figura pensosa è un “angelo terreno”, che non è finito all’inferno e sta sulla terra; ma è anche una figura femminile. È un angelo che ha rinunciato a misurarsi con le stelle, con la divinità, per poggiare solidamente sulla pietra, con i piedi ben piantati per terra. Il pensare emozioni è un momento di passaggio; un passaggio importante tra le fantasie con cui si simbolizzano gli oggetti interni e esterni e che, grazie al pensiero, consente la pianificazione dell’azione. È il passaggio tra l’essere angelicato e l’essere umano che, accettando il limite, può misurarsi con la produzione e con la cosa terza. Spesso si dice che, nella relazione di coppia, la cosa terza è il figlio, in tutte le sue diversificazioni simboliche. Si può allora capire come la *melancolia* sia rappresentata come figura femminile.

Più volte abbiamo affermato che il pensare emozioni è caratterizzato da ironia, genera ironia. Dove sta l’ironia nel capolavoro düreriano? Osserviamo più da vicino l’espressione della figura di Dürer.



Abbiamo detto che si tratta di uno sguardo ambiguo; forse è meglio dire perturbante, in quanto rompe con le interpretazioni tradizionali, di tristezza rabbuiata, di rassegnazione, della malinconia. L’ingrandimento aiuta in questa analisi. È un’espressione di bruciante intensità: l’attività del pensiero desiderante si accompagna alla sospensione dell’azione. Se si coglie il rapporto tra l’immobilità del contesto e della figura e la mobilità interna che esprime, sorridiamo. Sembra di osservare un mondo che si è appena fermato, immobile, dai gesti interrotti e dalla confusione sovrana. Il putto, il cane sono pervasi da un’immobilità che è più attesa che pigrizia, accidia; si aspetta l’esito del pensare che attraversa la figura centrale, a sua volta caratterizzata da un gesto interrotto nell’uso del compasso, che impugna con la mano destra. L’insieme sembra suggerire l’ironia della poetica surreale, dell’enigma semplice e caotico allo stesso tempo. Come ne “Las Meninas” di Diego Velasquez, l’osservatore è chiamato a intervenire, a partecipare; una partecipazione che, a nostro modo di vedere, non può essere che ironica. Un’ironia che precede ogni ipotesi interpretativa, ogni lettura colta o complessa dell’immagine, che viene dall’immediatezza del coinvolgimento.

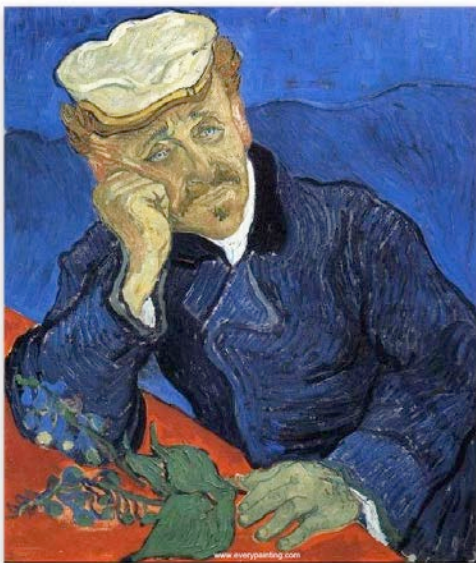
Dalla malinconia come risorsa, al delirio come malattia

Il catalogo della mostra prima ricordata si conclude con un contributo su “La naturalisation de la mélancolie”; la malinconia naturalizzata. È la malinconia della psichiatria, in particolare di Esquirol, e della

monomania. È una cesura importante, nella mostra come nelle nostre considerazioni. La cesura è commentata da Pigeaud (2005), universitario francese e storico della medicina. Il passaggio dalla *melancolia* alla terminologia medica e all'individuazione di una patologia è ben espresso da un passo di Esquirol, citato da Pigeaud:

Il termine *melancolia*, ormai consacrato nel linguaggio volgare, vuole esprimere lo stato abituale di tristezza di qualche individuo, e deve quindi essere lasciato ai moralisti e ai poeti che, nelle loro espressioni, non sono obbligati alla stessa severità dei medici. Possiamo conservare questa denominazione, riferendola al temperamento in cui predomina il sistema epatico e designare con esso la disposizione a idee fisse, alla tristezza, mentre il termine *monomania* esprime uno stato anormale della sensibilità fisica o morale, con delirio circoscritto e fisso (p. 386, traduzione nostra).

Certamente, Esquirol distingue tra malinconia e delirio, tra linguaggio volgare e linguaggio medico, tra disposizione a idee fisse e malattia mentale, quale stato anormale.¹² Ma lo “stato abituale di tristezza” è ben lontano dalla ricchezza di senso della *Melancolia I* dureriana. Con Esquirol, secondo Pigeaud, si assiste alla creazione di un nuovo concetto, specificamente medico, e alla fabbricazione di un oggetto “psichiatrico”. Il passaggio è chiaro e continuerà, imperterrita, per tutto l’arco della modernità “psichiatrica”: è il passaggio dalla pensosità del malinconico alla dimensione delirante dello psicotico depresso. Chiudiamo con una curiosa osservazione, che nasce da una famosa opera di Vincent Van Gogh.



È il ritratto di Paul Gachet, dipinto nel 1890 e oggi al musée d’Orsay, a Parigi. Esso mostra, con evidenza, un “medico malinconico”. Se si vuole, uno psichiatra caratterizzato da malinconia pensierosa. Gachet era iperattivo, con spunti ipomaniacali e all’epoca del ritratto, vedovo da qualche anno, non si era ripreso dal lutto. Van Gogh, come risulta dagli ultimi scritti, si era identificato con lui, sofferente, a suo dire, di un “male

¹² Ricordiamo, con Pigeaud, che il termine “psichiatria” invenzione del medico tedesco Reil già apparsa in una pubblicazione del 1803, sostituirà il termine di medicina alienista, in Francia, solo nel 1860. Esquirol scrive l’opera qui citata nel 1820, e si definisce a giusto titolo quale “medico alienista”.

nervoso” grave quanto il suo. Gachet esercitava a Parigi ma possedeva una casa a Auvers, dove frequentava amici pittori, Pissarro, Cézanne e lo stesso Van Gogh, al quale dava anche consigli medici. Jean Starobinski, storico delle idee e della medicina, ricorda un passaggio di una lettera di Van Gogh al fratello Theo, datata maggio 1890, quindi dello stesso anno del ritratto.

Mi ha detto [il dottor Gachet] che se la mia malinconia o altra cosa diventeranno troppo forti, egli potrà fare ancora qualcosa per diminuirne l'intensità e che non devo farmi alcuno scrupolo nell'essere franco con lui. Ebbene, il momento in cui potrò aver ancora bisogno di lui potrà, certamente, venire in futuro; ma fino ad oggi va tutto bene (Starobinski, 2005, p. 412).

Qualche settimana più tardi, il 29 luglio, Van Gogh si spara una pallottola nel petto e muore dopo ore di sofferenza. Il ritratto sembra una metafora della psichiatria, intenta a trattare il delirio psicotico e al contempo impotente nel suo intento.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1996). DSM-IV. Manuale diagnostico e Statistico dei disturbi mentali [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]. Milano: Masson (Original Work published 1994).
- Ancona, L., & Carli, R. (1970). La dinamica della partecipazione cinematografica [The dynamics of identification with films]. *Contributi dell'Istituto di Psicologia*, 33, 21-45.
- Barthes, R. (1974). *Miti d'oggi* [Myth today] (L. Lonzi, Trans.) Torino: Einaudi (Original work published 1957).
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The Normal and the Pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (1968). La Similarità Assunta come indice di adattamento sociale [Similarity as indicator of social adjustment]. *Annali di Psicologia*, 1(1-3), 85-98.
- Carli R. (2012), L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere [The fascinating illusion of possession, the ritual obligation of exchange, the difficult art of sharing]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285-303. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013). L'intervento psicologico in Ospedale [The psychological intervention in hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (in press). Miti costruiti e miti imposti [Constructed myths and imposed mythes].
- Carli, R., Paniccia, R. M., & Giovagnoli, F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia [Organization and unconscious dynamics]. *Rassegna italiana di sociologia*, 51(2), 183-204.
- Clair, J. (2005). Un musée de la Mélancolie [A museum of melancholy]. In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 82-88). Paris: Gallimard.
- De Mauro, T., & Mancini, M. (2000). *Dizionario etimologico* [Etymological dictionary]. Milano: Garzanti.
- Freud, S. (2003). *Totem e tabù* [Totem and Taboo]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), OSF, (Vol. 7, pp. 3-164). Torino: Boringhieri (Original work published 1912-1913).

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Ginzburg, C. (2008). *Paura, reverenza, terrore: Rileggere Hobbes oggi* [Fear, awe, terror: Re-reading Hobbes today]. Parma: MUP Editore.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1986). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* [Object Relations in Psychoanalytic Theory] (C. Mattioli, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1983).
- Jaspers, K. (1933). *Psychopatologie générale*. Paris: Alcan.
- Lalli, N. (1999). *Manuale di psichiatria e psicoterapia* [Manual of psychiatry and psychotherapy]. Napoli: Liguori.
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic] (P. Bria, Ed. & Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Paniccia, R. M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories in a culture of living together with risk of isolation]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Pigeaud, J. (2005). La mélancolie des psychiatres. Esquirol: De la lypémanie ou mélancolie [The melancholy of psychiatrists. Esquirol: lypemania or melancholy] In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 386-397). Paris: Gallimard.
- Schuster, P. K. (2005). Mélancolie I. Dürer et sa postérité [Mélancolie I. Dürer and his posterity]. In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 90-105). Paris: Gallimard.
- Starobinski, J. (2005). Une mélancolie moderne: portrait du docteur Gachet par Van Gogh [Modern melancholy: Portrait of Doctor Gachet by Van Gogh] In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 412-415). Paris: Gallimard.
- Valeriano, A. (2014). *Ammalò di testa: Storie dal manicomio di Teramo (1880 – 1931)* [Ammalò di testa: Tales from the madhouse of Teramo]. Roma: Donzelli.

In Search of *Mental Health's Holy Grail*: The Era of Biology, CBT, and Other “Empirically-based” Recipes

*Amaro J. Laria**

Abstract

This article explores some of the existent biases in mental health practice in the U.S.A. that limit the ability of the mental health professions to adopt a true biopsychosocial approach in the diagnosis and treatment of mental disorders. A tendency is evident to highlight the role of biological and cognitive-behavioral processes in the etiology and treatment of most mental health conditions. Some of the apparent underlying factors are briefly discussed, such as psychiatry's professional identity as a medical subspecialty, the financial priorities of the health care insurance and pharmaceutical industries, the search for a sense of efficacy and concrete guidance among mental health clinicians, and factors associated with a sense of agency and responsibility among consumers of mental health services. This has led to an incomplete picture of the etiology of mental disorders and a selective bias and reductionism in our treatment approaches. Popular empirically-based treatments (EBTs) fall significantly short in the implementation of a true biopsychosocial practice in mental health. Suggestions are offered toward the development of a more comprehensive integrative mental health theory and practice that more adequately reflects the biopsychosocial model.

Keywords: mental health practice; integrative psychotherapy; empirically-based treatments (EBTs); biopsychosocial model; USA.

* Amaro J. Laria, Ph.D. Boston Behavioral Medicine, Cambridge Health Alliance, Department of Psychiatry, Harvard Medical School. Correspondence concerning this article should be addressed to: Dr. Amaro Laria, Boston Behavioral Medicine, 1371 Beacon Street, Suite 304, Brookline, MA 01720, U.S.A. E-mail: amarolaria.bbm@gmail.com

Despite the general acceptance of the biopsychosocial model of health in medicine and mental health, treatment approaches that integrate biological, psychological, and social aspects of mental illness are scarce. Dominant approaches to treat mental health problems tend to emphasize the role of biological (i.e., psychopharmacotherapy) and cognitive-behavioral factors, while other psychological factors (e.g., emotions, non-conscious mental processes, the therapeutic alliance, patients' and therapists' characteristics, etc.), and in particular social factors receive less attention. This article explores multiple factors that may underlie the professional dominance of biological and cognitive-behavioral models in the practice of diagnosing and treating mental illness. The central argument is that such selective bias in clinical practice promotes a compartmentalized and incomplete view of mental illness that over-medicalizes mental health problems and essentializes them into a discrete set of presumed biologically-rooted cognitive-behavioral processes. The development of more comprehensive theoretical and treatment approaches that more adequately address the complex interactions among biological, psychological and social processes is essential for a more adequate integration of a true biopsychosocial model in mental health practice. Successful integration of the biopsychosocial model can lead to the development of more effective mental health interventions. Several factors will be discussed that may help explain some of the existent biases in contemporary mental health practice, as well as suggestions for successful implementation of a true biopsychosocial model. In line with the goal of this special issue of *Rivista di Psicologia Clinica*, the purpose of this essay is to provide a critical reflection of particular interpretive models of mental health in the U.S.A. that result in a biased and incomplete mental health practice. In particular, these models highlight social and professional attempts to negotiate the relationship between individual (biological and psychological) experience and social context. The hope is that comparing and contrasting commonalities and differences across diverse professional-cultural experiences will contribute to our general understanding of how best to meet the universal social demands for adequate mental health care.

The BIO-Psycho-social Model in Theory & Practice: Supremacy of Biology

George Engel (1977; 1980) highlighted the urgent need for a new biopsychosocial paradigm to more accurately represent the true nature of mental health conditions. Although Engel wasn't clearly the first to suggest this idea, his writings became very influential in popularizing the biopsychosocial model in contemporary psychiatry and the other mental health disciplines (clinical psychology, psychiatric nursing, clinical social work and mental health counseling). Yet, decades after the popularity and apparent widespread acceptance of the biopsychosocial model, we are still quite far from having successfully incorporated a true biopsychosocial approach to guide mental health practice.

The influence of the U.S. health care insurance industry on clinical practice

In the U.S.A. the treatment of mental health conditions is significantly influenced by the allocation of benefits for mental health services by the health care insurance industry. Decisions made by these third-party payers regarding what types of clinical interventions are covered follow assumptions stemming from categories such as "biologically-based mental illness" (BBMI) as a way to determine "medical necessity" for treatment. Yet, despite some apparent consensual agreement regarding the robustness of these categories, empirical evidence supporting them is weak (Seidel, 2005). Ironically, strong emphasis on the biological basis of these categories seems counter to the very notion that all health conditions, but in particular mental health ones, are in essence biopsychosocial. Thus, based on their largely presumed

biological nature, BBMs are granted a higher level of medical legitimacy that results in prioritized allocation of benefits to cover treatments for these conditions. Unsubstantiated faux dichotomies often stem from such rigid categorization, which are reflected in clinical practice. For example, clinicians, in particular medical providers and psychiatrists, often make a differential diagnosis between a “biological depression” and a “situational depression”. Based on this distinction clinical decisions are routinely made about whether to treat a depressed patient with psychopharmacotherapy alone (for the biological subtype) or with a combination of psychopharmacotherapy and psychotherapy (for the situational subtype). In fact, failure to respond to psychopharmacotherapy is often used as the primary determinant to confirm the presence of the situational depression subtype. However, despite the routine practice of this differential diagnostics, evidence is lacking to support this presumed dichotomous categorization. Depression, the most prevalent mental disorder worldwide, is a clear example of the biopsychosocial nature of most, if not all, mental disorders (Hasler, 2010).

Even when clinicians may endorse a biopsychosocial view of mental disorders, it is common for the biological factors to be assigned greater prominence. Reflecting on my years of training as a clinical psychologist in a major teaching hospital in Boston serves as testimony of this existent bias in clinical practice. During a psychiatric emergency room (ER) rotation at this hospital we interviewed numerous distressed patients who would come to the ER in the midst of severe crises, typically feeling depressed and suicidal. After conducting a relatively brief interview, we were instructed to call the attending psychiatrist to provide a clinical disposition to the patient. The attending psychiatrist would routinely proceed to explain to these patients that they were suffering from clinical depression, which was a biological disease caused by a neurochemical imbalance in the brain. A recommendation would typically follow explaining that the most effective way to treat depression was with antidepressant medication. Patients who displayed a high level of safety risk typically would be admitted to the inpatient psychiatric ward, where the primary treatment goal was to find an effective medication regimen to stabilize the patients’ symptoms and discharge them as soon as possible. Patients who were considered safe to be discharged from the ER would typically leave with a short-term prescription of a common antidepressant, as well as a referral to a psychiatrist for follow-up psychopharmacological treatment. In some cases, somehow arbitrarily decided by the attending psychiatrist, the patients would also be told that some may find counseling helpful for treating depression as well. Clearly, routine psychiatric practice endorsed a biased view that psychopharmacotherapy was the primary treatment for clinical depression, while “counseling” (a term typically used loosely and inaccurately to mean “psychotherapy”) was described as a possibly helpful adjunctive intervention. The problem with such recommendations, which are routine practice in many clinical settings, is that they aren’t well supported by the existent treatment outcome research for depression. The general consensus from this vast body of research is that most cases of depression are best treated with a combination of psychotherapy and antidepressant medications (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2004). Moreover, recommendations for interventions that address the role of social factors reinforcing the depression were rarely included in prescriptions offered to these patients.

Thus, an incomplete explanatory model of depression as a neurochemical imbalance has been established in widespread fashion across medical and mental health settings. This clinical myth exerts a significant influence in the routine conceptualization and treatment of depression. It also serves as an important determinant to monitor authorization of services by health care insurance company gatekeepers. As an illustration of the existent bias, if a patient suffering from major depressive disorder is receiving psychotherapy services without taking antidepressants, it is not uncommon for insurance company case managers to contact the treating clinician, and oftentimes the patient, to inquire about the absence of pharmacotherapy in this patient’s treatment plan. Yet, the reverse seldom takes place; that is, if the

depressed patient is being prescribed antidepressants alone without receiving psychotherapy, a case manager would rarely contact the prescribing clinician to inquire about the absence of psychotherapy in this patient's treatment plan. Again, this contradicts the strong empirical evidence that supports that the most effective way to treat most cases of major depression is through a combination of psychotherapy and antidepressants.

Discrepancies also exist among different health care insurance companies, and even among various states in the U.S.A., regarding what mental disorders make it to the BBMI or "medically-necessary" list (Seidel, 2005). These categorizations are often more strongly influenced by health care insurance companies' policies and financial strategies than based on robust empirical evidence. A case in point is the inclusion of post-traumatic stress disorder (PTSD) into the BBMI category. Given the obvious nosological association of PTSD with environmental factors (i.e., a traumatic event), there was initial resistance to grant this disorder the biologically-based label. Besides the emerging research supporting the biological correlates of PTSD, significant advocacy by PTSD researchers and specialists was essential in order to grant it inclusion as a BBMI. Once assigned the biologically-based label, this resulted in greater legitimacy as a medically-necessary condition that ensures treatment coverage by health care insurance carriers.

The genomic revolution

It would be difficult to overestimate the invaluable contribution to science that stemmed from the revolutionary discoveries associated with the Human Genome Project that resulted in the mapping of the human genome in the 1990s. At last, we attained the long-awaited goal to pierce directly into our DNA to decipher the genetic influences that are associated with many human diseases. Moreover, we gained the ability to preview some of the disorders one may be likely to develop in the future. Such monumental advancement in scientific knowledge has led to a greater understanding of the nature of so many of our physical and mental disorders, which, in turn, has opened doors to new possibilities in their treatment. However, the genomic revolution has led, particularly in the case of mental health, to the overestimation and unrealistic expectation that the essential secrets to explain most, if not all, mental disorders lie deep in our genes. A more realistic conclusion is that understanding the particular genetic patterns or mutations that show a positive correlation with the presence of various mental disorders, although important, represents only part of their pathophysiology. In other words, genetic factors appear to be associated with a greater vulnerability to develop certain mental disorders. But, this "genetic loading" only explains part of the variance for the onset of mental illness. Other factors, many of these complex processes associated with environmental interactions throughout an individual's lifespan, appear to be involved in triggering the actual onset of most mental disorders (Tsuang, Bar, Stone, & Faraone, 2004).

A common misconception among non-genetic experts is to equate the term "genetic" with "hereditary". Perhaps one of the most exciting current areas of research interest in genetics is elucidating the factors that lead to the activation or actual expression of various genes. Interestingly, many of the factors that appear to be involved in the process of "turning on" various genetic expressions seem to be indeed environmental. In other words, scientific evidence confirms that the "nature vs. nurture" debate represents an outdated model for most physical and, in particular, mental disorders. A better depiction of the actual process is "nature via nurture," which supports the adequacy of the biopsychosocial paradigm of health. But, despite clear confirmation of the inadequacy of the nature vs. nurture debate, clinical practice continues to be significantly influenced by such an archaic dichotomy. An illustration of this is the common unsubstantiated differential diagnostic practice described earlier to discern between a biological and situational depression.

Another example of the way in which clinical practice fails to integrate biological, psychological and social processes is the tendency by many medical practitioners to refer patients to mental health treatments only after medical or organic factors have been completely ruled out. In other words, medical patients are most often referred to mental health treatment after it has been determined that physical factors fail to explain the presenting symptoms. Thus, patients are referred to mental health practitioners only for the “psychological”- i.e., “non-physical”- problems, and leave out in the referral any reference to interactions between physical and psychological problems. In the practice of behavioral medicine¹, mental health clinicians undergo specialty training to implement behavioral interventions that target a variety of medical conditions significantly influenced by psychological factors. A solid body of research confirms the significant role that psychological and other lifestyle factors play in the onset and maintenance of many, if not most, common medical conditions, such as cardiovascular, gastrointestinal, respiratory, dermatologic, neurologic, autoimmune, sleep, sexual, and chronic pain, among others. Yet, medical practitioners often underutilize this invaluable aspect of behavioral medicine specialty services and refer their patients to behavioral specialists only for the specific psychological (i.e., “non-physiological”) problems.

Falling short in the quest for “*mental health’s Holy Grail*”

Despite significant efforts in mental health research, particularly that promoted by psychiatry, to elucidate the biological correlates of most mental disorders, evidence confirms the adequacy of Engel’s biopsychosocial model. The tendency to emphasize the role of biological factors over psychological and social ones simply isn’t supported by the existent clinical literature. Yet, efforts appear unrelenting to find empirical validation for the dominant role of biological factors. An illustration of this is the recent development of the DSM-5 diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.; American Psychiatric Association, 2013). A major quest in the development of DSM-5 was establishing greater empirical support for the biological bases and neural substrates of most mental disorders. However, researchers and consultants who participated in the development of DSM-5 generally fell short in the quest to establish robust evidence in support of a predominant biological basis for most mental disorders. The training of psychiatrists, at least in the U.S.A. and probably in many other countries, clearly prioritizes the refinement of skills in the assessment, diagnosis, and treatment of those mental disorders with greater support for a biological basis (i.e., BBMIs). Psychiatrists undergo more intensive training learning how to accurately assess the following: mood disorders (in particular depression and bipolar disorders), anxiety disorders (in particular panic disorder, obsessive compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder), psychotic disorders (primarily schizophrenia and schizoaffective disorder), substance abuse disorders, eating disorders (in particular anorexia and bulimia), and others like dementia, delirium, attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), and autism spectrum disorder (ASD). What all

¹ Behavioral medicine is the interdisciplinary field concerned with the development and integration of behavioral, psychosocial, and biomedical science knowledge and techniques relevant to the understanding of health and illness, and the application of this knowledge and techniques to prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation (Schwartz & Weiss, 1978; Society of Behavioral Medicine, 2014). The majority of behavioral medicine practitioners are mental health clinicians, with a predominance of clinical psychologists. Although behavioral medicine clinicians are typically trained as general psychotherapists, they stand out from other mental health clinicians, like clinical psychologists, in their specialized training in treating the psychological aspects of a variety of medical conditions. Behavioral medicine has been influenced by diverse psychological theories, although the primary influences in contemporary behavioral medicine practice are behavioral and cognitive behavioral theoretical models.

of these conditions share in common is evidence that biological factors appear to play an important role in their etiology. Not surprisingly, some of these are also conditions that tend to show greater response to pharmacotherapy - a biological intervention. By contrast, psychiatrists and other mental health clinicians, in general, receive little or no training in diagnosing and treating conditions such as adjustment disorders or the “V code” diagnoses, which are marginalized at the end of DSM-5 under the heading “Other conditions that may be a focus of clinical attention.” These are often referred to by clinicians as “soft diagnoses,” in contrast to the more hardcore BBMIs. Thus, an implicit assumption is that disorders in which the role of environmental factors appears more prominent lack scientific strength or validity. In fact, in the general introduction to this diagnostic category in DSM-5 it explicitly states that these are not mental disorders. Although psychiatry as a discipline has the greatest influence setting the standards of mental health diagnostic practice, many mental health professionals, including clinical psychologists, clinical social workers, psychiatric nurses, and mental health counselors, adhere to some extent to this biased clinical practice.

In the U.S.A., there’s a cynical attitude shared by many mental health clinicians, although some may feel uncomfortable acknowledging it, that diagnosing in “the real world” becomes more of a strategic practice than an empirically-based scientific endeavor. Thus, mental health clinicians routinely adjust their diagnostic practice to guarantee that services will be authorized by health care insurance companies. Most clinicians who engage in such “strategic diagnosing” probably feel justified in doing so in the service of guaranteeing that their patients will receive the services they need. An opinion that’s commonly shared by these clinicians is that patients’ problems may be adequately classified into different diagnostic categories. Strategic diagnosing then becomes the practice of selectively classifying patients’ problems into the categories with greater likelihood of guaranteeing coverage of services for their patients. Nonetheless, ethical dilemmas may still arise when a clinician may feel that there is a diagnostic category that best fits a patient’s particular symptom profile (e.g., adjustment disorder), but also knows that this diagnosis will likely lead to very limited authorization of services. Such dilemma results from a basic divergence between the mental health clinicians’ professional assessments and the health care insurance company’s predetermined formulae as to what constitutes a medically-necessary condition that warrants prioritized intervention. Unfortunately, this cynical diagnostic practice routinely carried out by so many mental health clinicians is reinforced and perpetuated by the health care insurance industry’s persistence to hold on to a weakly substantiated classification of BBMI upon which to base selective decisions that target the restriction of services covered.

The Era of CBT and Other Fashionable Prescriptive Treatments

Quest for an empirically-based practice

A trend in U.S. mental health practice clearly prioritizes psychopharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy (CBT) interventions for the treatment of the most common mental disorders. In addition, dozens of new interventions have emerged in recent decades, such as dialectic behavioral therapy (DBT) (Linehan et al., 1999), motivational interviewing (MI) (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 1991), acceptance and commitment therapy (ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), and Barlow’s unified protocol for transdiagnostic treatment (Barlow, Allen, & Choate, 2004), among others. These interventions, many of which are influenced by principles of CBT, seek to provide more empirical support and accountability in the treatment of mental disorders than previous popular psychotherapeutic interventions, most of which were derived from psychoanalytic and psychodynamic models. Another important aspect of this new generation of interventions is that they provide greater structure than the

older models to guide practitioners in the implementation of particular techniques. Even popular interventions that derive from psychodynamic models, like emotional focused therapy (EFT) (Greenberg & Johnson, 1988), internal family systems (IFS) (Schwartz, 1995) and accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP) (Fosha & Slowwiaczek, 1997), share the characteristic of providing greater structure than more traditional psychodynamic therapies. This is quite attractive to mental health clinicians, who often crave concrete tools to guide their clinical work. These structured interventions provide them with a clearly spelled out operational manual for carrying out behavioral health treatment protocols in a manner that's easy to follow and routinize in their work. Moreover, given their highly structured nature, it is much easier to operationalize these interventions to evaluate their effectiveness. Thus, the modern era of empirically-based mental health practice has arrived. Mental health clinicians now have at their disposal concrete guidelines to adhere to in seeking to attain the highest possible standards in their clinical practice. And health care insurance companies can implement concrete measures to assess treatment outcomes more objectively, which is presumed to guarantee more effective treatments. A knowledge base of empirically-based interventions can also lead to better accountability, allowing health care insurance companies to ensure that clinicians are adequately trained and actively implementing state of the art empirically-based interventions. And lastly, objective outcome measures provide clear markers from which health care insurance companies can base their decisions to more tightly regulate behavioral health benefits, which translates into substantial savings for these companies—not an insignificant gain. Thus, it should come as no surprise that the health care insurance industry in the U.S.A. has been at the forefront promoting the implementation of empirically-based treatments (EBTs).

The managed health care movement in the U.S.A., more commonly referred to as “managed care,” refers to a variety of programs and initiatives that were developed starting in the 1970s, but becoming more popular in the 1980s and 1990s, to restrain the fast growth of health care cost (National Council on Disabilities 2013). Central to managed care was the creation of for-profit health care corporations, called Health Maintenance Organizations or “HMOs,” to stimulate competition in the health care market offering outpatient alternatives to expensive hospital-based treatments. Some of the primary target areas for managed care strategies are: 1) tightly regulating health care benefits (in theory, to avoid unnecessary overspending), 2) reducing and fixing reimbursement rates paid to health care providers, and 3) prioritizing allocation of benefits for particular interventions with empirical support for their effectiveness. This last strategy, unfortunately, also translates into a selective bias for simpler protocol-based short-term mental health interventions over more comprehensive longer-term ones.

It is important to recognize that the managed care era has resulted in significant advancement in helping identify interventions that may be potentially effective in treating particular mental disorders. This knowledge represents an invaluable asset for mental health clinicians providing them with a knowledge base that can act as a tentative blueprint to guide their practice. But, the quest for empirical support for mental health interventions has also resulted in the promotion of highly structured treatment protocols that are often excessively manualized and over-prescriptive. This runs the risk of essentializing complex mental health problems into reductionistic symptom-focused clinical formulations that fail to capture the inherent complexity of most mental disorders. Many of the mental health interventions that carry the “empirically-based” stamp of approval fall short in their ability to adequately address the complex biopsychosocial nature of most mental disorders. Thus, the parallel quests for implementing a true biopsychosocial framework while attaining an empirically-based mental health practice, as currently conceptualized, seem difficult to integrate and often appear to be moving in opposite directions.

It's difficult to challenge the obvious value of building on our knowledge base of EBTs. However, a selective bias in what constitutes "empirical evidence" limits their value. The term "empiricism" is all too often wrongly equated with evidence derived from data obtained exclusively through strictly controlled quantitative research methods. Empiricism refers to the acquisition of knowledge through evidence stemming from sensory experience of natural phenomena (Fumerton, Encyclopedia Britannica, 2014). Data obtained through sensory observation using qualitative research methods are generally wrongly assumed not to represent empirical evidence. Similarly, rigidly-designed experimental models that rely on observations recorded in non-naturalistic settings are often indiscriminately presumed to apply to the natural world. Much of the so-called EBTs that have been tested with particular groups of individuals in experimental settings are presumed to apply to other individuals and contexts beyond those studied. Such unsubstantiated assumption constitutes a violation of the external validity of the research findings. Thus, ironically, much of the clinical research in mental health violates the very core principles of empirical validation that it seeks to attain.

Another major short-coming of highly structured psychotherapies is that they seek to come up with the best recipe for treating mental disorders based on an outdated treatment paradigm of "intervention X to treat mental disorder Y". Treatment outcomes research with mental disorders has clearly demonstrated the multiple factors and complex interactions at play that lead to positive therapeutic outcomes (Beutler & Forrester, 2012; Duncan et al., 2009). Type of intervention and type of disorder treated are obviously important, but represent only two of the relevant variables that affect treatment outcomes. This simple bivariate model is the standard in the treatment of medical conditions. Even in biomedical practice, where it may seem more appropriate, there are multiple variables that affect treatment outcomes. Matching an intervention with a particular disorder, especially in the treatment of mental disorders, explains only part of the variance of what leads to effective change. Thus, over-reliance of highly structured interventions under the presumed legitimacy of the "empirically-based" classification often results in simplistic recipes to treat complex mental health conditions. Not surprisingly, this often leads to ineffective, or at best, partially effective treatments.

Other factors that have been clearly shown to significantly influence psychotherapy outcomes include: quality of the therapeutic alliance, levels of distress and impairment, patient's characteristics (i.e., motivation and coping style), therapist's characteristics (i.e., perceived warmth, acceptance, trustworthiness), among others (Beutler & Forrester, 2012; Duncan et al., 2009). The influential work on stages of change by Prochaska & Di Clemente (1983) and others in the field of motivational interviewing (Miller 1983; Miller & Rollnick, 1991) clearly demonstrated the limitations of the "treatment X to treat condition Y" design to guide research and treatment. Their work demonstrated the role of an individual's readiness for change and level of motivation in effecting treatment outcomes. But, readiness for change and motivation are just two of the multiple variables that seem to influence therapy outcomes. There's an urgent need for researchers and clinicians to work together to develop more comprehensive research and treatment designs that more adequately address these complex multifactorial causal pathways (Beutler & Forrester, 2012; Castonguay & Beutler, 2006; Goldfried, 1980; Norcross, 2011). Although it may seem daunting to develop such complex designs, it seems reasonable to assume that doing so will likely lead to more comprehensive and, consequently, more effective interventions. Once these multifactorial therapeutic mechanisms are better elucidated, integrative treatment approaches that consider these can be described with a certain level of structure and operationalizability. These comprehensive integrative interventions can then be tested to determine their effectiveness and establish their empirical support. However, the multivariate complexity of such models that go beyond the simpler bivariate intervention-disorder ones will require more complex designs to operationalize them. They will also require a more

sophisticated level of clinical training and supervision, as well as greater flexibility and creativity from clinicians.

Missing ingredients in the basic psychotherapy recipe

The era of managed care has been characterized by an emphasis on operationalizability, accountability, and empirical support in mental health practice. This brought about recognition and status for interventions like CBT, given their highly structured nature, which made them amenable to test in strictly-controlled quantitative research designs. There was a clear shift in mental health practice in the U.S.A. to favor CBT models over psychodynamic ones, which are less structured and less fitting for quantitative research. Although the popularity and professional acceptance of CBT has helped highlight the “psycho” part of the biopsychosocial model, a selective bias dictates what particular psychological factors receive prioritized attention, namely behavioral patterns and rational conscious cognitive processes. Among the psychological factors that receive much less attention in popular EBTs is emotions. CBT interventions address the role of emotions in therapy, but these are treated primarily as unidimensional variables that are monitored and analyzed in typical behavioral assessments. Less emphasis is given in CBT models to working with various aspects of emotions (i.e., emotional style, expressiveness, intensity) and working with emotions actively in the therapeutic dyad. Emotionally-focused therapy (EFT) is a particular psychotherapeutic approach that emphasizes working with emotions in a much more dynamic and experiential manner in the therapeutic relationship. But one of possible shortcomings of interventions like EFT or motivational interviewing (MI) is that a decision is made a priori about what particular aspects of a patient’s experience need to given prioritized attention, namely, emotions in EFT and motivation in MI. A substantial body of research documents the significant role that attachment history and relational dynamics - both past and present - play in patients’ mental health problems. Moreover, the significant contribution of the therapeutic alliance in therapy outcomes has been well documented (Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Duncan et al., 2009; Horvath & Symonds, 1991). Yet, most popular interventions that carry the empirically-based official stamp fail to pay sufficient attention to the role of relational aspects of behavioral health problems. These interventions also tend to give less emphasis to the role of the therapeutic relationship in the treatment. The centrality of relationships is obviously core to most psychodynamic psychotherapies, in particular relational and interpersonal psychotherapy. However, with the exception of some short-term psychodynamic models (e.g., short-term dynamic psychotherapy, AEDP) these interventions tend to be less structured, less symptom-focused, and thus, less popular in the climate of managed-care and empirically-based practice. In addition to the quality of the relationship, research findings suggest that various characteristics of patients (e.g., coping style, emotional expressiveness) and therapists (e.g., level of directiveness) exert a significant influence on treatment outcomes (Beutler & Forrester, 2012; Duncan et al., 2009). This challenges the empirical robustness of the “treatment X to treat condition Y” design, reminding us that not all therapists and patients are created equal. The “one size fits all” approach that works, to a certain extent, in medical practice poses significant limitations in the treatment of biopsychosocially-rooted mental disorders.

The significant influence of nonconscious mental processes on our behaviors is well documented (Sheeran, Gollwitzer, & Bargh, 2013). Whether one adheres to a belief in the “unconscious” and repression as conceptualized in psychoanalytic theoretical models, or to a more neutral notion of subconscious or “non-conscious” processes, the evidence is quite clear that much of what influences our behaviors is associated with mental processes that operate largely beyond conscious awareness. These nonconscious processes also tend to receive inadequate attention in most popular EBTs. Clearly, nonconscious processes are difficult to assess and monitor with concrete tools. It typically takes time, flexibility and creativity in the part of the clinician, as well as a keen attunement to aspects of the therapy

that may not be readily evident through objective techniques. The relative lack of interest in nonconscious processes in EBTs is, at least partly, likely related to the lesser status assigned to psychodynamic models in this classification. Insufficient attention to covert nonconscious processes and psychodynamics underlying mental health problems limits the potential of many popular EBTs.

In addition to the influence of biological and psychological factors, the significant role of social factors in both the onset and maintenance of mental disorders is well established (Desjarleis, Eisenberg, Good, & Kleinman, 1996; Kleinman, 1988/2008). Yet, psychopharmacotherapy, CBT, and other popular EBTs fail to adequately address social factors. CBT models emphasize the role of environmental factors; but, in these models the environment is typically reduced to a restricted setting composed of situational triggers and factors that reinforce the continuous re-enactment of particular behaviors. Other relevant aspects of the social world, such as the role of culture, poverty, prejudice, migration, social neglect, exposure to violence, economics, politics, spirituality, etc. tend to receive little to no attention. Thus, the social component of the biopsychosocial model is mostly left out of the equation in most contemporary EBTs. Moreover, mental health clinicians will often argue that dealing with the social aspects of mental disorders goes beyond their scope of practice. But, failing to adequately address the social factors that may be involved in the etiology of mental disorders seems like a salient omission in the implementation of the biopsychosocial model in mental health practice.

Factors Underlying the Existent Professional-Clinical Biases

Complex factors underlie the existent biases that grant biology, CBT, and other highly structured EBTs a privileged position in mental health practice. Some of these factors will be considered, including professional validation and legitimacy, health care economics, individual agency and responsibility, and culture.

Professional validation & legitimacy

The tendency to categorize complex phenomena into discrete categories that can be readily processed and acted upon has obvious adaptive value. However, in the process of categorizing human experience into tangible constructs we run the risk of essentializing and oversimplifying naturally occurring complex phenomena. The etiology and pathophysiology of most mental disorders are inherently complex and involve an intricate interplay of biological, psychological, and social factors throughout development. Consequently, interventions to treat mental disorders should seek to address as many of these factors as possible.

Mental illness is characterized by an inherent invisibility that makes the elucidation of etiological processes challenging to the scientist and practitioner. It lacks the more objective and tangible quality characteristic of physical illness through the identification of tissue damage or particular pathophysiological mechanisms that may be dysfunctional in the various organ systems. Although medical practice still relies largely on subjective patient reports of symptoms, at least it has at its disposal concrete objective tools to support diagnostic assessments. Behavioral assessments lack the objectivity of blood and urine tests, scans, and other concrete diagnostic tools used in medicine. Not surprisingly, mental health clinicians often feel the need for objective measures to make accurate assessments, as well as concrete tools and protocols to guide their interventions. The appeal of pharmacotherapy, CBT and other highly structured treatment approaches is precisely that they bring an objective quality that is so often lacking in mental health practice. This is particularly alluring to psychiatry, as a subspecialty of

medicine, given the lack of objective evidence that's more characteristic of biomedical practice. In search of establishing professional legitimacy within biomedical culture, contemporary psychiatry places its greatest value on psychopharmacotherapy, a biological intervention, for the treatment of mental disorders. In addition, the training of psychiatrists prioritizes developing proficiency in the clinical assessment and diagnosis of BBMIs, which are those disorders with evidence supporting a significant role of biological factors in their etiology. Thus, psychiatrists tend to feel greater legitimacy in diagnosing conditions like schizophrenia, bipolar disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), or autism spectrum disorder (ASD) than diagnosing an adjustment reaction, which is regarded as a "soft" psychiatric diagnosis.

In the U.S.A. there has been an explosion of almost epidemic proportion in the incidence of various mental disorders, including ADHD, bipolar disorder, OCD, and more recently, ASD (Frances, 2013). What these conditions share in common is evidence that confirms the significant role that biological factors seem to play in their etiology. Some suggest that actual prevalence has remained constant, but our diagnostic precision and ability to adequately assess these conditions have become more sophisticated. Others have proposed that certain environmental changes, like toxins in the case of autism, may also be associated with some of the higher prevalence rates. Less attention has been focused on a selective professional-cultural bias, supported by both mental health clinicians and consumers alike, to highlight the role of biological factors over psychological and social ones. The adaptive value of such bias is that clinicians feel more efficacious treating patients with concrete familiar tools (i.e., medications and CBT), while patients are relieved of any direct responsibility in the development of these conditions. In addition, inclusion criteria for these diagnostic categories have become more liberal; thus, more cases can now meet criteria for these disorders than in the past. Again, one way to possibly explain this is that we've become more attuned and sophisticated in our precision and ability to identify these disorders. But, as in the case of statistics, loosening the inclusion criteria of significance (increasing p value) also increases the risk of false positives. In other words, less restrictive criteria for conditions like ADHD, bipolar disorder and ASD leads to the grouping of individuals with a much greater range of symptomatic severity into the same diagnostic category. Thus, increased awareness and more inclusive diagnostic criteria also increases the risk of potential overdiagnosing. Whether one concludes that more subtypes of these disorders with varying degrees of severity are now being identified or that we're overdiagnosing subsyndromal conditions is ultimately a question of nosological definitional criteria. What is clear is that mental health clinicians have become much more liberal in diagnosing these disorders than in the past.

Health care economics

As briefly discussed earlier, the economics of the U.S. health care industry play a significant role in shaping mental health practice in this country. Although attaining a higher level of accountability in the allocation of economic resources to treat mental illness is an important goal, doing so at the expense of quality of care becomes problematic. The managed care era followed a period characterized by looser authorization of mental health services with little gatekeeping of types of interventions utilized and accountability for treatment outcomes. But, the pendulum seems to have swung too far in the opposite direction. Managed care introduced an array of rigid formulae and guidelines to oversee the implementation of short-term symptom-focused interventions that would yield measurable treatment outcomes.

There is no doubt that lack of accountability in the pre-managed care era made it difficult to evaluate treatment effectiveness and quality of care in the provision of mental health services. It also seems reasonable to assume that the general lack of accountability and objective evaluation of treatment

progress led to some abuses and misuses of valuable health care resources. The problem with managed care isn't its rationale or proposed intention, but rather, undertaking the challenging task of determining what constitutes effective treatment outcomes and an empirically based mental health practice. The idea that we can come up with simple lists of EBTs that can be matched with mental disorder categories in a clear-cut recipe-like fashion is problematic. Naturally complex conditions, like mental disorders, typically require more comprehensive interventions. The simplistic "one size fits all" approach in the treatment of mental disorders leads to essentializing conditions that arise from complex biopsychosocial interactions. But, acknowledging the complex nature of mental disorders doesn't preclude the quest for a higher degree of accountability through assessing the treatment effectiveness of particular interventions. Yet, it requires more comprehensive definitional criteria for therapeutic factors and treatment outcomes that more adequately represent the complexity of mental disorders. It also requires more complex and sophisticated treatment outcomes research designs from which we can establish a true empirical base. But, this scientific agenda clashes with the financial priorities of the health care industry that seeks short-term concrete interventions that result in substantial cost savings as quickly as possible.

The pharmaceutical industry, as briefly discussed earlier, also exerts a significant influence on mental health practice. Medications satisfy the health care industry's quest for concrete interventions that can be easily measured, prescribed, and regulated. In addition, medications provide psychiatrists and other prescribing mental health clinicians (e.g., prescribing psychiatric nurses) a sense of objectivity that is generally lacking in the treatment of mental disorders. And, of course, strong financial incentives for pharmaceuticals create a very powerful force that fuels extensive research and marketing programs to establish and advertise the effectiveness of psychopharmacological agents in the treatment of mental disorders. Thus, it appears as if health care insurance companies, psychiatrists, and pharmaceuticals all benefit from the disproportionately privileged position assigned to the role of medications in the treatment of mental disorders. However, patients aren't reaping the same benefits as they're being deprived of the best quality of mental health care possible.

The role of individual agency and responsibility

Blaming the health care industry, psychiatry and pharmaceuticals for some of the limiting professional biases existent in mental health practice in the U.S.A. represents an incomplete picture of the problem. One must also consider the significant role that U.S. mainstream culture, as consumers of mental health services, play in supporting these biases. The history of mental illness worldwide clearly documents the significant misconceptions, stigma, and abuses that have plagued these elusive conditions (Porter, 2002). Their general invisibility, given the absence of concrete objective medical evidence of causal pathogens and diagnostic tools, has led to a plethora of unsubstantiated explanatory models of mental illness causation throughout history. Many of these models placed fault on defective individuals or feeble characters. Such misconceptions lead to a sense of responsibility and blame wrongly attributed to the individual. The blame is also often placed on the parents or the environment that exerted influence on the development of a particular mental disorder. An illustration of this was the popular, but unsubstantiated, theoretical notion of the "schizophrenogenic mother" (Fromm-Reichmann, 1948) as the primary cause in the development of schizophrenia. But, even when there is evidence to support the assumption that the environment or social experience may be involved in the etiology of a mental disorder, there are consequences to social relations that often result from such acknowledgement. By contrast, emphasizing the role of biological factors relieves some of the blame typically associated with human agency in the development of these conditions. The determinism associated with biological processes allows for a more personally-detached attitude toward mental disorders. Individuals may still be blamed for carrying the

genes that may have led to passing on a particular condition, but there's no individual choice or free will associated with genetic loadings.

As an illustration, let's consider the hypothetical case of a child who displays significant attentional problems in school. A comprehensive evaluation may reveal the presence of significant psychosocial stressors at home associated with poverty, marital discord, unemployment, and living in a high-stress crime-plagued neighborhood. Conceptualizing this child's attentional problem from a biopsychosocial framework would highlight the potential role of these psychosocial stressors in the child's attentional difficulties. A pre-existing biological vulnerability for the development of an attentional disorder may still be considered as part of the biopsychosocial etiological formulation. But, acknowledging the significant role of psychosocial stressors in this child's attentional problem would suggest the need to intervene with the family to address some of the significant psychosocial factors that appear to be impacting on the child's condition. Parents may often feel blamed, or at least partly responsibly, for contributing to the child's problem. And clinicians may feel challenged, and often powerless, to effect any significant change in some of the social factors that may underlie the child's condition.

By contrast, endorsing a biological formulation for ADHD places the locus of primary causation within the physical body. The primary blame is instead placed on neurochemical imbalances or particular cognitive mechanisms that affect the child's attentional processes. Such a biologically- and cognitively-based causal model suggests the role of psychopharmacotherapy and CBT for treating this condition. Parents are spared of any responsibility in the development of the problem. And clinicians feel more efficacious to intervene with therapeutic tools, like medications and CBT, which are readily available in their clinical arsenal. However, although there is no doubt that medications and CBT are invaluable clinical tools in the treatment of ADHD, many cases don't seem to respond effectively to the combination of medications and CBT alone. Some of these treatment-resistant cases may be explained by a failure to address other psychosocial factors associated with the condition. This isn't to deny the important role of biological factors in many cases of ADHD. But, from a biopsychosocial perspective the contribution of psychosocial factors needs to be given as much weight as that of biology. Perhaps we also need to consider the possibility of multiple causal pathways in the development of an attentional problem. For comparison, if a patient complains of chronic headaches, a clinician may consider a variety of possible causes, including stress, sleep deprivation, dehydration, or a cerebral tumor. If we regard inattention like any other symptom, one may consider that some attentional problems may be associated primarily with internal biological and cognitive factors, while others may have been primarily shaped by external psychosocial factors. Whether a particular attentional symptom cluster meets diagnostic criteria for ADHD may be irrelevant to its etiology. Yet, it seems reasonable to assume that effective treatment for a particular ADHD condition may differ depending on the specific factors that appear to be involved in its development, just like a headache caused by stress would be treated quite differently than one caused by a tumor. In the case of this child, medications and CBT may still play an important role, but psychosocial factors should be the primary focus of treatment.

The role of cultural factors

There are also macrosocial cultural factors that seem to underlie the general preference to endorse biological models of mental illness. By far, the most common psychiatric problems brought to the attention of both medical and mental health clinicians are anxiety and depression (Kessler, Chiu, Demler, & Waters, 2005). Phenomenologically, depression tends to be associated with feelings of regret and lack of validation about the past, as well as feelings of emptiness and a lack of engagement in the present. Anxiety presentations are characterized by intense fear, nervousness, worries about the future and a

pervasive lack of a sense of control. In the U.S.A., a society that has undergone significant economic success throughout history, mainstream culture endorses core values of independence, individualism, and self-reliance (Spence, 1985). This general cultural sentiment is best captured by the notion of “The American Dream,” which reflects the ideal that anyone can achieve success, regardless of the starting point. Clearly, opportunities associated with living in this country have led to numerous success stories among so many immigrants and their offspring after centuries of migration from all corners of the world. Yet, many have fallen short of attaining the promise of the American Dream of success. This cultural ideal also fuels in many unrealistic expectations of greatness and specialness. But, as a popular saying goes “*if everyone is special, then no one is*”. Many individuals in the U.S.A. seek mental health services for feelings of depression associated with themes of an existential nature. Typical chief complaints include feeling ambivalent or dissatisfied with career and relationships. From a symptom-focused clinical perspective, these patients may endorse typical psychiatric symptoms of depression, such as: decreased energy, interest, sleep, appetite, and concentration. From a more experiential phenomenological perspective, these patients often describe feeling unappreciated and invalidated throughout their lives, and lacking a sense of purpose and connection with others. Using a psychoanalytic frame, one may conceptualize these patients as experiencing significant “narcissistic injuries” having felt ripped off from the promised ideal associated with expectations of greatness and specialness.

Endorsing a biological model that conceptualizes clinical depression as resulting primarily from a neurochemical imbalance in the brain, a treatment prescription will follow that prioritizes the role of psychopharmacological agents that target correcting the presumed chemical imbalances. Expanding the biological model to include the role of cognitive processes, primarily cognitive distortions that reinforce maladaptive behavioral patterns, the treatment approach can also include concrete CBT techniques that target restructuring the distorted cognitions. Relying on a combination of medications and CBT allows clinicians to utilize concrete protocols that can be easily operationalized, evaluated and regulated. A more comprehensive biopsychosocial approach, by contrast, would emphasize the role of social factors, as well as other more complex psychological factors, like the role of emotions, attachment history, relationships, and unconscious processes, among others. Conceptualizing the depression from this perspective suggests a more complex treatment approach. Focusing on psychological factors that go beyond concrete cognitive-behavioral patterns require more creativity from the clinician to craft an intervention from a patient-centered perspective. Moreover, considering the role of social and cultural factors often results in feelings of frustration among clinicians who may feel powerless to exert any significant influence over such powerful social forces. But, ignoring the potential influence of these factors, may lead to oversimplified reductionistic treatment protocols with limited success. Endorsing a biological and/or cognitive-behavioral model of depression often provides a legitimate justification for an otherwise demoralizing acknowledgement of an individual’s failure to attain the promised “American Dream”. Such medicalization of human experience depersonalizes it, yet it may help relieve a sense of responsibility or shame that may be associated with the failure to achieve culturally shaped unrealistic expectations.

Toward a More Truly Integrated Biopsychosocial Approach

As discussed previously, a discrepancy exists between the apparent widespread acceptance of the biopsychosocial model of mental illness and the selective attention on biological and cognitive-behavioral processes. This has resulted in a restrictive mental health practice that over-relies on medications and highly structured manualized treatments. But, many patients fail to respond to these interventions. At least some of these treatment resistant cases may be explained by the lack of attention to other relevant

psychological and social factors that may be at play in these conditions. The implementation of a more comprehensive biopsychosocial approach to assess and treat mental disorders holds potential value in their treatment. Adequate implementation of the biopsychosocial model would require that diagnostic assessments and formulations of mental disorders pay greater attention to the close interplay and complex interactions among biological, psychological, and social factors. It would also require that treatments for most mental health conditions intervene, as much as possible, at all these levels.

In actual clinical practice, all too often medical and mental health clinicians perpetuate the outdated mind-body split by routinely carrying out clear-cut differential diagnoses between a physiological or psychological formulation of a patient's presenting problem. So, for example, a patient complaining of chronic physical pain will routinely undergo extensive medical examinations initially with little attention to psychological factors. Once all options have been exhausted to find an adequate physical explanation for the pain, this patient may be referred to a behavioral health specialist. A typical explanation offered by the medical provider may be either that stress may be exacerbating the pain or, more bluntly, that there's no physical explanation for the pain, therefore, it's likely associated with psychological factors. Clinical formulations that suggest true biopsychosocial interconnectedness tend to be more the exception than the rule. Yet, from a biopsychosocial framework, acknowledging the psychological factors that may be involved in the patient's pain presentation, shouldn't preclude clinicians from confirming that the pain is physically real. Acknowledgement of the role of social factors contributing to physical pain, like social isolation, lack of social support, or disability aren't emphasized enough in routine formulations of pain conditions. A true biopsychosocial formulation would require that the significant role of contributing factors from all three domains - biological, psychological, and social - be considered as equally valid and worthy of clinical attention.

Ironically, the role of the environment on human biology is one of the most solidly established scientific facts. From Darwin's theory of evolution to the development of different racial groups, biological adaptations to the environment are the universal rule. Yet, at the level of clinical practice, it seems as if we continue to operate largely influenced by the archaic dichotomization represented by the nature vs. nurture question. A greater appreciation of the more accurate "nature via nurture" characterization of human-environment interactions would lead to more comprehensive integrative treatments that intervene at both levels.

But, what would an integrative biopsychosocial intervention look like in actual practice? Let's go back to the vignette described earlier during my clinical training while doing a rotation at a psychiatric ER. After having evaluated a patient, rather than providing the routine explanation "depression is an illness caused by a neurochemical imbalance in the brain," one could instead provide the more accurate explanation "depression is a disorder typically caused by a combination of factors, including past experiences and things that are currently going on in your life, the way you think and express your emotions, and some possible neurochemical imbalances in your body". From such a biopsychosocial explanation, a more adequate prescription could follow: "The best way to treat your depression is to engage in psychotherapy to help you better understand the factors that are reinforcing your depression, such as past experiences in need of further processing or the way in which how you think or express your emotions contribute to your feeling depressed. The therapy can also help you figure out some changes you may be able to make in your life that may help you feel less depressed. In addition, medications may be very helpful in improving your mood as you work on other skills and changes to better manage your depression". From this prescription, an integrative biopsychosocial treatment would follow that could include medication management and CBT, while also addressing other relevant psychological and social factors in the therapy.

In the U.S.A. primary care doctors are the largest prescribers of antidepressants (Beardsley, Gardocki, Larson, & Hidalgo, 1988), which in 2010 were the second most frequently prescribed class of medications after lipid regulators (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2010). A routine practice in primary care is to treat many, if not most, depressed patients with medication management alone, and to refer to “counseling” only those patients who don’t seem to respond to medications or who appear to have the so called situational, as opposed to biological, depression. Practicing from a biopsychosocial model of depression, and supported by the empirical evidence for effective treatment of depression, all depressed patients can potentially benefit from a combination of psychotherapy and psychopharmacotherapy. Moreover, a comprehensive psychotherapy should be prescribed that goes beyond a restrictive focused CBT approach. A more adequate integrative psychotherapy could include a deeper exploration of other salient psychological factors, such as the role of attachment history and current relationships, the therapeutic alliance, the patient’s management and expression of emotions, and the influence of possible unconscious processes, among others. The integrative psychotherapy should also include a deep exploration of the role of social factors that go beyond a simple behavioral analysis of situational triggers and reinforcers, such as oppressive circumstances at work, marital distress, poverty, discrimination, racism, lack of social status, migration experience, etc.

As discussed earlier, clinicians often feel reluctant to discuss themes with their patients associated with social ills, such as poverty, racism, and discrimination. The common argument justifying this reluctance is that clinical interventions have no power to exert any influence over these social ills. However, if one believes that these factors play a central role in the development of a particular disorder, failing to acknowledge this in a clinical formulation represents a salient omission. Just like a clinician wouldn’t typically hesitate to tell a patient that genetic-hereditary factors may have contributed to the development of a disorder despite the fact that treatment will exert no influence over these factors. The same rule should apply to discussing any other factors involved in the etiology of a disorder.

A related dilemma that often emerges is whether it is within the scope of practice of mental health clinicians to intervene at a social level. Drawing from a similar example from medicine, a medical practitioner wouldn’t typically hesitate to prescribe an exercise and nutritional regime to a patient, despite the fact that these may not be that practitioner’s particular specialty areas. The typical justification is that general recommendations about exercise and nutrition are within the medical practitioner’s scope of practice because these are directly relevant to the disorder being treated. The medical practitioner would be able to assess when a patient may need a more intensive nutritional or exercise intervention that requires referral to a specialist. But, even in such case, the provider’s attention to these factors is essential in helping recognize that such a need for specialized services exists. Similarly, addressing the role of social factors that may be directly affecting a particular mental disorder seems, not just within the scope of practice of mental health clinicians, but a core area in need of clinical attention. Even when there may be little chance of effecting any direct change over these social factors, the mental health clinician can be very influential in helping the patient figure out ways to best address or cope with these factors. Regardless of the possibilities for resolution of pervasive social ills like poverty or racism, at the very least acknowledging their role in reinforcing a particular mental disorder seems essential in attaining a complete understanding of the problem. Appreciation of the role of these social factors that reinforce a particular mental health problem can also lead to setting more realistic expectations in treatment.

Adopting a true biopsychosocial approach in the treatment of mental disorders doesn’t diminish the value of existent therapies, like CBT and other EBTs. In fact, these interventions could be more effectively implemented from such an approach. In other words, from an integrative psychotherapy perspective one can utilize structured interventions (e.g., relaxation training, CBT, DBT, ACT, biofeedback, etc.) while

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014 62

considering other relevant factors (e.g., motivation, attachment history, quality of therapeutic alliance, emotional style, etc.) that can facilitate creating the fertile ground for these interventions to effect positive change. Thus, patients who feel a solid alliance with their therapists may feel more motivated and likely to follow-up concrete recommendations. Referring to popular EBTs as “structured” also creates the false illusion that more comprehensive integrative interventions will necessarily lack structure. One could apply a similar level of structure and objectivity to patient-centered integrative interventions that more adequately address the multifactorial processes at play in the development of mental disorders. But, doing so will require that psychotherapy outcome research transcends the dominant archaic design that matches diagnosis with intervention and moves on to more complex research designs that more adequately explore the complex causal pathways involved in the development and treatment of mental disorders.

Finally, although some mental health patients present with very specific symptoms suggestive of particular diagnoses (e.g., nervousness, inability to sleep, feeling down, panic, etc.), others present with more abstract complaints where the diagnostic association may not be as apparent (e.g., lacking direction in career or a sense of purpose in life, feeling ambivalent about relationships, feeling disengaged from the world, having a spiritual or moral crisis, etc.). One way to connect these apparently disparate types of complaints is by situating the core essence of mental health problems in a patient’s “quality of experience” in their lives. For some, this may be associated with concrete symptoms, while, for others, it may be related to more existential aspects of their lives. The problem lies in that, while both realms of experience can have a significant impact on someone’s functioning and level of emotional distress, only the former seem to possess the objective validity that meets the “medically necessary” criteria discussed earlier. This causes the false illusion that concrete objective symptoms are more severe and, therefore, should be prioritized in mental health treatments, while problems of a more existential nature aren’t as severe. Yet, one can argue that in the most severe cases of depression and even completed suicides the core essence of patients’ experiences is better characterized by existential feelings of isolation and demoralization than by more concrete depressive symptoms, like loss of appetite or energy. Obviously, objective symptoms are often a manifestation of a more existential internal dysphoric state. But, oftentimes problems of an existential nature aren’t overtly displayed as concrete symptoms. Models that more adequately capture the core essence of the most common mental disorders - i.e., anxiety and depression - need to be developed and should include other areas of personal experience, like feeling disconnected from others, lacking a sense of purpose, and having a spiritual or moral crisis, among others. Such expanded conceptual framework could guide interventions for the most common mental disorders using integrative treatment approaches that target an individual’s quality of personal experience, rather than simply decreasing frequency, intensity, and duration of symptoms.

Concluding Remarks

This article explored some of the existent biases in mental health practice that limit the ability of the mental health professions to adopt a true biopsychosocial approach in the diagnosis and treatment of mental disorders. A tendency is evident in mental health practice to highlight the role of biological and cognitive-behavioral processes in the development and treatment of most mental health conditions. Some of the apparent underlying factors were briefly discussed, such as psychiatry’s professional identity as a medical subspecialty, the financial priorities of the health care insurance and pharmaceutical industries, the search for a sense of efficacy and concrete guidance among mental health clinicians, and factors associated with a sense of agency and responsibility among consumers of mental health services. This has led to an incomplete picture of the etiology of mental disorders and a selective bias and reductionism in

our treatment approaches. The search for an empirically-based mental health practice has favored short-term focused manualized treatments over more comprehensive integrative treatments. Thus, popular EBTs fall significantly short in the implementation of a true biopsychosocial practice in mental health. Some suggestions were offered toward the development of a more comprehensive integrative mental health theory and practice that more adequately reflects the biopsychosocial model. But, implementation of these suggestions represents a daunting task that would need to address the powerful forces reinforcing the current “state of affairs” in mental health. A long road likely lies ahead before we will see the implementation of a true biopsychosocial mental health practice. Ultimately, dissatisfied consumers, treatment-resistant cases, and the realization by the health care insurance industry that limiting services short-term may not necessarily lead to significant cost savings long-term, will be among the factors likely to provide the needed impetus to develop more adequate models to guide a more comprehensive integrative mental health practice. In the end, everyone could benefit from the more effective treatment of mental disorders, and thus, the greater alleviation of human suffering.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35 (2), 205-230. DOI: 10.1016/s0005-7894(04)80036-4
- Beardsley, R.S., Gardocki, G. J., Larson, D. B., & Hidalgo, J. (1988). Prescribing of psychotropic medication by primary care physicians and psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 45 (12), 1117-1119.
- Beutler, L.E., & Forrester, B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22 (3), 256-257.
- Beutler, L.E., & Machado, P.P., & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In S. L. Garfield & A.G. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229-269), New York, NY: Wiley.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L.G. Castonguay, & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-369). New York, NY: Oxford University Press.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1996). *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. New York, NY: Oxford University Press.
- Duncan, B., Miller, S.D., Wampold B.E., & Hubble, M.A. (2009). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*, 129–136. DOI: 10.1126/science.847460
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, *137*, 535–544.
- Fosha, D., & Slowwiaczek, M.L. (1997). Techniques for accelerating dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *51*, 229-251.
- Frances, A. (2013). The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis. *Annals of Internal Medicine* *159* (2), 221–222. DOI: 10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00021
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, *11* (3), 263-273.
- Fumerton, R. (2014). Internet. In *Encyclopaedia Britannica*. Chicago: Encyclopaedia Britannica. Retrieved from <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/186146/empiricism>.
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, *35* (11), 991-999. DOI: 10.1037//0003-066x.35.11.991
- Greenberg, L., & Johnson, S. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York, NY: Guilford Press.
- Hasler, G. (2010). Pathophysiology of depression: Do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry*, *9* (3), 155-161.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139-149. DOI: 10.1037//0022-0167.38.2.139
- IMS Institute for Healthcare Informatics. The use of medicines in the United States: Review of 2010. Internet. http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/IMS%20Institute/Statistic%20File/IHII_UseOfMed_report.pdf
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Waters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62* (6), 617-627. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kleinman, A. (1988/2008). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York, NY: The Free Press / Simon & Schuster.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J. C., Kanter, J.C., Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, *8*, 279–292.
- Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, *11*, 147-172. DOI: 10.1017/s0141347300006583
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

- National Council on Disabilities (2013). Appendix B: A brief history of managed care. *Medicaid Managed Care for People with Disabilities*. Internet. Retrieved from http://www.ncd.gov/publications/2013/20130315/20130513_AppendixB
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, *61* (7), 714-719. DOI: 10.1001/archpsyc.61.7.714
- Porter, R. (2002). *Madness: A brief history*. New York, NY: Oxford University Press.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983) Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *5*, 390–395. DOI: 10.1037//0022-006x.51.3.390
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (2005). The transtheoretical approach. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978). Behavioral Medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, *1* (3), 249-251. DOI: 10.1007/bf00846677
- Schwartz, R.C. (1995). *Internal family systems therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Seidel, J.A. (2005). Experience is a biochemical intervention: Reconceptualizing the “biologically based mental illness”. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *69*, 157-171. DOI: 10.1521/bumc.69.2.157.66506
- Sheeran, P., Gollwitzer, P.M., Bargh, J.A. (2013). Nonconscious processes and health. *Health Psychology*, *32* (5), 460- 473. DOI: 10.1037/a0029203
- Society of Behavioral Medicine (2014). Definition of behavioral medicine extracted from SBM website. Retrieved from <http://www.sbm.org/about/definition.asp>
- Spence, J.T. (1985). Achievement American style: The rewards and costs of individualism. *American Psychologist*, *40* (12), 1285-1295. DOI: 10.1037//0003-066x.40.12.1285
- Tsuang, M., Bar, J., Stone, W.S., & Faraone, S.V. (2004). Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, *3* (2), 73–83. DOI: 10.1002/0470854871.chxvii10

“Mental Illness” Symptoms as Extensions of Strategic Social Behaviour: The Case of Multicultural Mental Health

*Bernard Guerin**, *Pauline Guerin***

Abstract

To better analyse transcultural mental health issues, a model of social relationships is presented that allows more complex formulations of the differences between some western social strategies and those of non-western, or collectivist groups. This requires more lengthy and detailed observations of clients and their communities whether or not the particular version of analysis presented here is accepted. An example is given of low self-efficacy in depression and how different contexts can lead to similar-looking symptoms but through very different forms of social relationships. Two case studies are presented of ‘mental’ health issues with Somali women and how ‘individual’ treatments could be conceptualised as changes made in the community. In the first case some of the western treatments were successful in the short-term, while in the second case non-western treatments worked and western help was eschewed. We conclude that assessments and treatments for ‘mental’ ill-health will only be as good as the social analyses made, and more detailed analyses are needed regardless of one’s perspectives when dealing with transcultural groups.

Keywords: mental health; cultural; refugees; communities; depression.

* University of South Australia. Correspondence: Bernard Guerin, School of Psychology - University of South Australia - North Terrace - Adelaide 5001 - South Australia. guerinbj@unisa.edu.au

** Pennsylvania State University - Brandywine Campus. Correspondence: Pauline B. Guerin, Psychology Program Coordinator, Associate Professor, Pennsylvania State University- Brandywine Campus - 25 Yearsley Mill Road - Media, PA 19063. Pbg12@psu.edu

For many years there have been calls for new approaches to mental health, as people have become dissatisfied with medical models for a variety of reasons (Bentall, 2003; Tew, 2005; Wagner, Duveen, Themel, & Verma, 1999). Many of the proposed new approaches have been too simplistic, and have amounted to little more than a rejection of “western” or “medicalized” mental health notions. These are commonly critical without useful or elaborate suggestions to replace current models and treatments (see the debates in Double, 2005). For example, it is increasingly common to reject DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, American Psychiatric Association) classifications or the use of psychiatric medications, but alternatives are rarely specified especially for those currently undergoing treatments, and for whom withdrawal might be dangerous or life-threatening.

It is just as clear, however, that western medicalised approaches to addressing mental ill health are not working for a number of ‘groups’ in western societies, especially indigenous, poverty-stricken, ethnic, and other marginalised groups (Ferns, 2005; Guerin & Guerin, 2012; Smith, 2005; Walker, Johnson, & Cunningham, 2012), and something needs to change. Such groups are overrepresented in mental health statistics even though they also seek help less for ‘mental health’ problems. This is more serious than just ideological problems with current mental health systems and treatment, since even the current treatments are not working. Such groups often fall between the cracks and get no useful treatments of any kind.

Finally, with increasing emphasis on the promotion of mental wellness and the early prevention of mental illness, rather than interventions after the fact, the focus has gone off of the individual and more on the contexts in which individuals grow and live. This change in focus has also led to approaches looking beyond the current ones, although our approach is very different to those listed above (Fromene & Guerin, 2014a, b; Guerin, Elmi, & Guerin, 2006; Guerin & Guerin, 2012; Guerin, Guerin, Tedmanson, & Clark, 2011).

The aim of this paper is to consider that current mental health models and treatments revolve too much around the notion of individuals who control their own behaviour and that what is needed are some new models of mental health that take into account wider social contexts. A number of such proposals have been made but when looking at the finer details there are either still individualistic assumptions present, or the details are missing of how social factors can be taken into account for what appear to be very private and individual’s behaviour changes. This paper will focus on the mental health of ethnic or multicultural groups but the analyses will be applicable in different ways to indigenous, poverty-stricken or other marginalised groups.

Current Multicultural Mental Health Solutions

There are several ways that multicultural groups have dealt with the lack of understanding within mental health treatments about their specific and determining contexts. First, “cross-cultural” models have been tried in which slight variations on current models have been made by adding a ‘cultural’ component to the standard treatments. The treatments are really unchanged but practitioners learn a little about the particular ‘culture’ of the person and supposedly raise their awareness of the communities. Sometimes, however, this amounts to little more than either lip service to cultural factors or a fascination for exotica (Guerin & Guerin, 2012). Basically, nothing has really changed. A large number of these approaches also suffer from focusing on a verbalization of ‘culture’ rather than on observing the social contexts and practices of the group of people, so this usually amounts to “cross-national” additions rather than more subtle and diverse distinctions that might be called cross-cultural. The epitome of this is “Asian Counselling” since the “Asian” group comprises of between 2 and 4 billion very diverse people, depending upon how you count.

Second, some groups have tried to use the mental health system in their own way, often by having people from within the community trained as professional mental health agents through traditional programmes

and working from there. This again is more of a band-aid approach—however well they work—and not a re-thinking of mental health itself.

Finally, some multicultural groups have begun working out their own versions of what mental health is and how to treat such problems. While important for the future, these are also usually band-aid revisions because they do not really change much of the way other professionals think about mental health. More of a problem, however, is that most mainstream professionals do not take such treatments seriously and the new models mostly have little credence in government bureaucracies so there is not the funding to practice such treatments on a wider scale.

From these points we can see two main questions for a social model of mental health: how do we ‘put’ cultural practices and their differences into mental health models without being simplistic about diversity; and how can events that seem extremely private and individual—in a word, mental—be thought of as social in a thorough and meaningful way. The first of these points will be addressed here for multicultural or transcultural practice.

A Framework for Mental Illness and Wellness

The main issue, to both incorporate ‘cultural’ components and to allow the ‘mental’ to be viewed as social, is that mental health lies in the social strategies, contexts and details of life. As many have argued (e.g., Bentall, 2003; Double, 2005), “mental illness” can be seen as a set of reasonable life strategies built up through difficult situations. These might be: situations or circumstances that only allow a restricted range of options within which to behave; strategies that work short-term but become chronic and embedded in life (e.g., initial attention-getting strategy becoming permanent and part of a person’s “identity” or role); or social contexts in which there is little personal influence and so strategies are forced unwillingly on people.

What this means is that any version of ‘mental illness’ is only as good as the analysis of the social strategies, contexts and details of life. With only common sense or simplistic analyses of social life, only simplistic versions of mental illness and its treatments will result. Psychology and psychiatry have not been diligent enough in describing the life contexts for their analyses (Guerin, 2001a, b). This has occurred through: the use of personality dimensions as simplistic short-cuts and essentialistic approaches; the use of abstract concepts such as “mental”, “inner” or “cognitive” processes that can only indirectly be turned into observations; and the use of short-term or cross-sectional observations and non-participatory methods.

For instance, seeing clients even three times a weeks for 50 minute sessions means there is no participation in the person’s life and context; the methods are repeated cross-sectional methods and not truly longitudinal or participatory; most of the context is verbally reported by the client and therefore restricted and changed in the telling; and the dominant observational focus in session is the person themselves three hours a week, which leads to more personality attributions and focus onto the ‘individual-as-cause’ than on exploration of the social contexts of the problem (Guerin, 2004).

Many of the common theories and practices of psychology mitigate against finding social roots to “mental” issues and are individualistic. Given our interest in finding more appropriate ‘mental health’ interventions for ‘other’ groups and cultures, we need to provide more analytic details for a ‘social’ interpretation of ‘mental health’ symptoms and patterns and, where possible, integrate conceptually (as well as in practice) any traditional interventions with current interventions as appropriate. Social and contextual approaches and literature in psychology that are consistent with this aim include Bronfenbrenner’s ecological model (2004), Tew’s (2004) *Social Perspectives in Mental Health*, and other work from the UK such as that from Cromby, Harper & Reavey (2013) and Bentall (2003, 2009).

Social Strategy Analysis

Elsewhere we have integrated what we know about the social strategies of life from all the social sciences (Guerin, 2004), pulling together what is known from psychology, social anthropology, geography, sociolinguistics, demography, sociology, and other social sciences. This suggested some important dimensions to the social strategies we use in life in which the forms of social relationships were pivotal. It also suggested ways of embedding analyses of language use into the strategies of social life rather than considering them isolated ‘texts’ or as cognitive representations, as is usually done. This latter replaces cognitive metaphors with discursive approaches, but this cannot be covered in the space here.

Five of the main dimensions of social strategies are: *relationship reciprocity*—how people exchange resources and actions to maintain the forms of relationship; *what you can get done*—the extent to which things can be done for you in different relationships; *your personal influence*—how much you can influence people by who you are and what you do; *monitoring*—how much you can observe and check on the strategies people have; *accountability and responsibility*—how much you and others can be held responsible for actions. What is important to outline here is how these (and other) strategies are remarkably different with different forms of relationships. That is, the properties of different social relationships and the strategies available through those strategies are themselves sufficient to explain our social behaviours, including the analysis of ‘mental illness’ symptoms. They have also been useful for drawing out interventions and treatments (Guerin, 2005).

Three Forms of Social Relationship

The main point so far is that strategies and contexts of life evolve from the social properties of the types of relationships we are in, and that ‘mental illness’ can be profitably viewed in this way. The focus of social analysis should be on social relationships and what they can do rather than individuals and what they can do. The three major types of relationship that will be presented here in Table 1 are those of ‘western’, ‘capitalist’ or ‘stranger’ relationships, those of close family and social networks, and those of close or kin-based communities.

Table 1. Three Types of Social Relationships and their Main Social Properties Relevant to Interventions

Type of Relationship	Social Property	
<i>Stranger Relationships</i>	Form of reciprocity	Exchange with a society of strangers is done via money Typically by paying someone and in principle there are: no other social relationship involved; no other social obligations; and does not usually impact on other areas of life Depends upon having economic (resource) status, often contextualized as a show of commodities Will often not see them again, and others will not see each
	What you can get done	
	Personal influence	
	Monitoring	

<i>Family/Friend Networks</i>	Accountability and who is Responsible	other Mainly through public rule following and policing, institutionalized	
	Form of reciprocity	Specific supports that are returned	
	What you can get done	Depends upon your networks and the reciprocity you provide. The people are usually relevant in other arenas of life	
	Personal influence	Depends upon status within networks	
	Monitoring	Will see some of the people regularly, but not others. The others will not all see each other regularly, except if family	
	Accountability and who is Responsible	Through network members' attributions of responsibility and through some public rules and policing	
<i>Kin-Based Relationships</i>	<i>Community</i>	Form of reciprocity	Taken for granted obligations
		What you can get done	Depends upon the family social relationships. The same people will be relevant in most arenas of life
		Personal influence	Will be important and depend upon status in the family and community networks. Time spent talking therefore rather than rule following
		Monitoring	Will see most of the people regularly, and others will see each other regularly
		Accountability and who is Responsible	Through complex family systems with historical context frequently utilized

Before outlining more about the properties of these three forms of relationship, it is well to note that our point for this paper will be that psychology and psychiatry have been developed almost exclusively around

'western', 'capitalist' or 'stranger' forms of social relationships, and this shapes the assessment, processes and treatments provided. Note immediately, however, that this is not arguing against such positions, as an anti-psychiatry position might, it is just arguing against applying them to everyone regardless of their social and cultural context. In the context of people living primarily in western or social network relationships, they may well provide the best procedures and treatment.

Societies of strangers. The predominant form of social relationship for most people living in western countries is that of stranger relations, or 'contractual relations' as sociologists call them. While most of us value our family and friend relationships more than strangers, on a day-to-day basis we probably have more relationships with strangers. Ultimately, this results from living in a society based on a capitalist economy, but the properties of such relationship define us and our social strategies. *Relationship reciprocity* is based on exchanges primarily done via money, with little or no social obligations beyond that. If I have a transaction with a bank clerk then this is paid for and I have no obligation to be nice to them beyond this and, indeed, it would look suspicious if I tried to invite them for dinner. *What you can get done* is typically defined by paying someone and does not usually impact on other areas of your life. To get my children looked after I do not have to have a family member as baby-sitter but I can pay a stranger to do it. Of course, we do not randomly pick a stranger but select characteristics relevant to monitoring, accountability, and influence. A family member might even take it as an insult if you tried to pay them. *Your personal influence* will depend typically upon having economic (resource) status, often contextualized as a show of commodities or impression management. For *monitoring* you will often not see the people again, and others will not see each other (and talk about you). So the people in the gym you attend will not go out of their way to meet and become friends with your work people or your family. Finally, for *accountability and responsibility* we appear to act as free individuals and take responsibility for our actions but there are police and other societal agents who take responsibility for some domains but in most others we are on our own. The appearance of freedom, however, comes from the independence gained from the use of money but this relies on a whole social system to work and so it is really socially-defined in any case.

Family and friend social networks. Of more reported value for most people in western societies are the family relationships and the networks of friends and acquaintances. Many people, however, do not keep strong relations with family beyond grandparents, parents, siblings and sometimes uncles and aunts, and may rarely see their more remote cousins. Even if they do see them occasionally, the point here is that everyday relationships to get things done and to cope with life work mainly through strangers but with more important ties to a small number of family members and friends who are seen often. We can already see that if life goes badly and the person is unable to cope, their life may be heavily reliant on strangers for support.

In terms of the social properties of these sorts of ties (Guerin, 2004), *relationship reciprocity* is found to revolve around specific network exchanges that are returned usually in other ways. This means that there are specific things family members do for each other but they are often reciprocated in other ways. *What you can get done* depends upon your networks and the reciprocity you provide. The people are usually relevant in only one or two other arenas of life, meaning that most family members would be involved with each other as well as you, but your friends are often not that connected to family members or other groups of friends you might have. *Your personal influence* will depend upon status within networks, and accumulated reputation. Your *monitoring* will depend on how much you see the people. Because the different groups of friends will not all see each other regularly, monitoring of you becomes less frequent. Something bad you do when with your friends will not necessarily get back to your family. Something with family, however, will usually find its way back to at least some family members but not friends. *Accountability and responsibility* are sometimes through public rules and policing, but more often kept

within family and network members' contacts. Negotiating who is responsible for things within a family is often difficult, such as looking after aged parents.

Kin-based groups and close communities. These relationships are characterised by close and regular contact with family and community who provide strong support in general. These forms of relationships are common in many ethnic and indigenous communities, as well as some western religious communities. The Amish, for example, inter-marry and keep most exchanges within family groups that build up the community. Support is given almost without thinking of it as obligation, and strangers are kept at bay. A key point about the properties of such social relationships for analysing social strategies is that 'individual' actions and behaviours can be seen to rely heavily on the family and community instead of some individual 'will', motivation, or cognitive processing.

Relationship reciprocity is the taken-for-granted obligations spread through a community, and as mentioned, these are usually not even thought about as a duty or obligation since they are so taken-for-granted. The reciprocity itself, however, is not easily observed except with participatory methods. *What you can get done* depends upon your family and community-family social relationships. The same large group of people will be relevant in most arenas of your life, so you are likely to work with a large proportion of relatives and be in groups (such as sports groups) with a large or exclusive proportion of relatives. This in turn means that your *personal influence* will be highly important and depend upon your status in the family and community networks and hierarchies. This is often a function of your age and gender or of your family's standing rather than any property of your own: if you do have a high status or reputation (perhaps as an elder) this depends upon your family and community more than you. *Monitoring* is interesting because you will see most of the people regularly, and the others will also see each other regularly independently of you. In turn, this means that *accountability and responsibility* work through complex family systems with historical context frequently utilized.

Social Conflict and Our Social Strategies

What these details mean is that how we organize, run and cope with our lives within relationships, both the strategies and social contexts, derive from these social properties. No person has only one of these forms of social relationships and everyone will have a different mix. Most 'westerners' have many stranger relationships each day and some family and friend network relationships around this. Further, when we have regular interactions with the same strangers (at shops, perhaps) we begin to add elements of friends and family relationships, although this can also result in conflict if it is taken too far or too much obligation is assumed. For most of our regular 'strangers' we have polite forms of stranger interaction (Goffman, 1963, 1967; Guerin, 2004).

On the whole, the social conflicts are likely to arise from "stress", lack of resources, or poverty, upsets in life arising from contradictory audiences, relationship conflicts or straight out resource conflicts, conflicts for those who are in more than one form of social relationship where they are not easily separated in practice, and especially in the specific cases of colonization, oppression and rapid westernization (Achebe, 1988). For each of these, the outcomes will be different for the different types of social relationships even if the "symptoms" look the same.

Finally, 'mental conflict' can also be seen as a more subtle form of social conflict (Guerin, 2001a). In these cases, the 'audiences' for the conflict are either not present or they are generalized and so the social control over thinking and talking are not easy to identify *in situ*, and so they get attributed to an unseen 'mental' agent (Guerin, 2001b, c).

How does this Relate to Multicultural Mental Health?

The point, however, for this paper is that when we are ‘finding life too difficult’ (mental illness) from the practical (resource) and social problems of running life in this modern world, then our strategies depend on our histories and support from the different forms of relationships. The framework as presented provides several advantages. For one, it provides a more detailed analysis of the social strategies and contexts of life. It also actively shows differences between ‘western’ and close community relationships rather than tacking some ‘cultural’ components onto western models. It is evidence-based in social science research (Guerin, 2004), and, finally, this approach can make sense of ‘irrational’ or unusual patterns of behaviour or unusual beliefs.

Let us take an example of the reported lack of control or lack of self-efficacy found in depression. As outlined in Table 2, for each type of relationship this could arise in different ways. If *stranger relationships* are predominant, then the lack of control will be from a lack of money, lack of social support, lack of commodities and status, from remaining unmonitored by others, and from only getting reality checks when hitting up against social rules or police. In contexts where *family/friends networks* are predominant, the likely sources for lack of control would come from losing support from networks and family, from not being able to involve family or networks into other areas of life for support, and from family requiring obligations if supportive. Further, once status is gone it is a downward spiral to losing friends, others have little obligation to help elsewhere, and slipping between the cracks. If *close community relationships* are predominant, then we would expect effects from ostracism by family and community, if you lose family support then you lose control in most areas of life, or the same if you have lost your family (refugees), there might be little monitoring of conditions if outside family now, the whole family and community will know what is happening, the whole family can make you accountable and be accountable themselves, this can become a historical precedent for that person and their family, and this can bring shame on the whole family/community.

Table 2. Three types of Relationships and the Possible Social Determinants of Reported Low Self-Control or Self-Efficacy in Depression

Type of Relationship	Social Sources for Reporting of Low Self-Control or Self-Efficacy in Depression
<i>Stranger Relationships</i>	<ul style="list-style-type: none"> Lack of money Lack of social support Lack of commodities Lack of status From remaining unmonitored Only get reality checks when hitting up against social rules or police Slipping between the institutional cracks with no other supports
<i>Family/Friend Networks</i>	<ul style="list-style-type: none"> Losing support from networks and family Not being able to involve family or networks into other areas of life for support (such as work) From family requiring obligations if supportive A downward spiral to losing more friends as things get worse Others have little obligation to help in other ways Slipping between the institutional cracks with no other supports

<i>Kin-Based Community Relationships</i>	<p>Ostracism by family and community</p> <p>If you lose family and community support then you lose control in most areas of life</p> <p>If you have lost your family (refugees)</p> <p>Little monitoring of condition if outside family and community</p> <p>Whole family and community will know what is happening</p> <p>Whole family and community can make you accountable</p> <p>Can become a historical precedent for that person, their family and the community</p> <p>Bring shame on whole family/community</p>
--	--

Going back to one of our earlier points, most psychology and psychiatry has assumed western styles of social relationships, meaning frequent stranger relations and a few close family and friend networks. This is exemplified in clinical practices such as having regular, scheduled appointments to conduct one-on-one interventions with a stranger who is paid for their services, and keeping that relationship strictly confidential from any other parties including the closest family members. All these are reflections of the properties of stranger or western relationships and the way social strategies develop over time in these relationships. It is no surprise, then, that the most vocal groups complaining about western mental health approaches are those from highly kin-based communities, especially ethnic minority and indigenous groups within predominantly western societies.

Case Examples

The following two case examples are built from a real examples the two authors observed over many years of participatory involvement in a Somali community in New Zealand. We have combined a few examples so the case material cannot identify people in these communities.

This research was conducted in a small town in New Zealand between 2000-2006. The total population size of that town at that time was around 100,000 residents including approximately 800 Somali residents who had mostly arrived to New Zealand via humanitarian pathways through United Nations High Commission for Refugees programs. While many Somali were recent arrivals, some had arrived in New Zealand in the early 1990s, so had been living in New Zealand for over 10 years. All of the Somali people we worked with in community were Muslim and most spoke multiple languages, but Somali, Arabic, Swahili, Italian and English were the most common languages spoken.

Both authors were directly involved with the community in various capacities. One author was employed part-time with the refugee organisation and assisted with resettlement of a large number of Somali families. This position involved the coordination of volunteers, liaising with State housing and other departments and agencies (such as the education department for schooling and the St Vincent de Paul Society to organise donated furniture). Other community work, such as coordinating and providing health and fitness sessions for four years with Somali women and assisting with issues such as electricity supply, family reunion, and employment, meant that this author was heavily involved with the community. The other author taught English as a volunteer to a group of Somali men, including many of the elders of the community, and also helped run a week-long camp for the Somali boys. Overall, collectively thousands of hours were spent talking and participating with the people in this community.

Case Example 1

The first person involved was a newly arrived African refugee woman in her early 20s who began complaining of not sleeping, depression-like symptoms and family conflicts. Her 'family' tried to welcome her when she arrived, but the relationships were very strained. Through a GP referral she saw a psychiatrist because her depressive symptoms were getting severe. The psychiatrist did not really understand the family conflicts but prescribed anti-depressants along with some CBT.

The client spoke English well, was fairly westernized in outlook, and was enrolled as a tertiary student at a local institution. CBT, medication, some physical activity and continuing her education all resulted in some improved quality of life for her although family relationships continued to have major problems. She occasionally still had severe symptoms and carried out a few 'strange' behaviours.

Through participatory research over a long time with her kin-based community relationships (this all took many months of informal talks and observations to obtain), the following points were found (see B. Guerin & P. Guerin, 2007; P. Guerin & B. Guerin, 2007 for more methodological details). Her 'family' did not know of her existence because she was the daughter from an affair her father had with her birth-mother before marrying his current wife. Her father brought her to New Zealand but left shortly after. She had therefore been left living with a step-mother who also had older children from the same father and others from her own previous marriage. So with eight 'children' in the house the client was the only one not a child of this step-mother living in the same house. None of this was reported to the psychiatrist because there were some complexities with immigration and citizenship issues and fear that these could be adversely compromised, and because she believed her position in the family could be made worse. We found that when things got tough in the family she was the one left out, and things were almost always tough for the family because they were refugees in a new environment. She had no other close contacts in the community for a variety of reasons, such as being from a clan that was not common in this group, slight differences in language accent, and the family complexities.

From the family's point of view, she was a stranger to them who appeared because of a relationship none of them were involved in. Some in the family became very close to her, while with others the relationship was very competitive—for the father's attention and for being successful, more generally. While the father could have supported her in this environment, he did not show much support even before he left and was not coping himself with a medically-treated 'mental illness'. Most of the family obviously gave first preference and loyalty to the others in the family whom they knew and who were more closely related.

She had previously tried traditional 'treatments', including Koran readings, but the failure was attributed to her and she was called 'crazy' by family and community members. She developed a reputation for this and was unlikely to find any man to marry within those allowable. While quite westernised, integration into other communities was not an easy option as much of her life was dictated by her father, although at a distance, and her loyalty to him was of utmost importance, particularly because of how that relationship may impact her mother. For her to become more distant or to separate from her new family might negatively impact her relationship with her father, which then could negatively impact on her own mother.

Case Example 2

The second case example, also built from a few real examples, concerns a middle-aged woman who was raising six children in her house in New Zealand including two older boys who were out a lot of the time and exhibiting behaviours that might eventually mix them up with the police. Three boys were at school and she had one teenaged girl. Her husband and almost all male members of the family had been killed during the civil war in Somalia, and she only had one sister with a husband who were living in Australia rather than New Zealand

Having known the family for a number of years, it was reported to us at one point that the mother had become possessed of a jinni (spirit) and was hearing voices and had been chasing the children around the house with large knives, swiping at them. She was speaking strangely and not doing her usual routines such as cleaning and cooking. We were obviously concerned. The woman talked to her GP who prescribed her anti-depressants and referred her to a psychiatrist. The woman neither filled the prescription nor visited the psychiatrist and no follow-up from the health system was done, to our knowledge.

In terms of analysing the stressors and conflicts of life at that time, related to kin-based relationships, we found out through a long time spent talking informally with her (over years) that she knew exactly what her older boys were doing and was extremely worried about losing the family since she had lost all other males. She was contemplating sending these older boys to be brought up by her brother-in-law in Australia but could not bear the thought of breaking up the family having finally got them all safely together in one place. At the same time she was not participating very much in the community events and she was somewhat talked down to by others, despite her being very intelligent, because her clan membership was not one of the common ones amongst this community. We also found some of the community were talking down to her because there were no males around her, which made her potentially suspect. She was also having trouble with her daughter in arranging a marriage because of the lack of males and her clan association, and she was more worried about that because her daughter was at the peak time for marriage. Finally, like many refugees in New Zealand, she had been having financial trouble with bills and over-use of the telephone (keeping family and community ties strong locally and overseas).

After a short period following the knife incident, she was involved in the establishment of a prayer group with others in the community. This was significant first because by being able to arrange it in the first place, this meant she was beginning to be more accepted in the community and gain the status she should have been given. Second, following a three-night session of Koran readings given especially for what we would call problems of “mental illness” (Guerin, Guerin, Diiriye, & Yates, 2004), she reported that the jinni had gone and she never had any other symptoms even slightly resembling those previously (we knew her well for a few more years after this).

Discussion of Cases

In both cases briefly given, with an intimate and participatory knowledge of the community, and a broader conception of how to analyse behaviour as strategic and social, we found the plethora of strategies coming directly from the kin-based family and community contexts, which would not occur in stranger relationships, for example. In neither case was there a change in the person’s ‘mental’ state from illness to well-being that could be called a “cause” of things improving. Instead there was a change in their social context from a state of conflict to another state and this social/community change improved things. While the women both had symptoms, one of psychoses and one of depression, both reported ‘feeling’ mentally fine most of the time because of their strong Islamic Faith that showed them that Allah must have a purpose for what they were going through.

The first woman was mostly concerned about her place in life since her westernisation was giving her an education and she knew she should be treated better than she was. The second woman was mostly concerned about her family and keeping it together and having a reasonable status for her family in the community. There were not problems in either case with their “perceived” lack of self-efficacy or sense of control. Without analysing the finer strategies of their lives in this way, the lack of control would have been professionally attributed to an inner or “perceived” loss of control whereas once we looked more broadly at the controlling factors, there was actual and real loss of control.

In terms of treatment for the first woman, she reported some of the western treatments as helpful, especially the CBT rather than the drugs. A side-effect of this, however, was that it pushed her into further thinking

and acting independently of her family and the refugee community, and further into westernisation and individualism. Whether this is good or bad in the long run we do not know, as this would involve a value judgment and an even longer term tracking of how her life eventuates, but she has certainly become more remote from the community since, but her obligations keep her there. We conjecture that it was because she was already somewhat distant from the community that the Koran readings did not help her at the time and might have actually made her social situation worse (Guerin, Elmi, & Guerin, 2006).

In terms of treatment for the second woman, we will not know if the western treatments would have worked, but the traditional treatments worked fine. From a social analysis point of view, however, the cause of this is still partly deceptive, since we do not know how much the context of being able to set up the prayer group functioned as the actual treatment (see Guerin, 2005, on analysing cause and context, p. 28). She was certainly more respected in the community after this time so whatever was bringing that change about might have led to her being able to organise a prayer group and its success.

Summary and Conclusions

We do not have all the answers but have spent some years exploring forms of “mental illness” contextualised in communities rather than analysed in the abstract or through short-term research designs (Fromene & Guerin, 2014a, b; Guerin, Elmi, & Guerin, 2006; Guerin & Guerin, 2012; Guerin, Guerin, Tedmanson, & Clark, 2011). We have been extremely impressed by how much we have found out through using longer-term participatory methods most closely associated with social anthropology, which no one else dealing with the communities had found—even those who have known the same community well for a number of years but not truly participated (B. Guerin & P. Guerin, 2007; P. Guerin & B. Guerin, 2007). Conducting even regular short interviews would never have found out the social context details needed to understand what was happening for each of these women.

As mentioned earlier, this has led us to espouse that analyses of ‘mental illness’ are only as good as your analysis of the social strategies, contexts and details of life. What we have tried to do here is to outline a slightly more complex version of the social strategies of everyday life that incorporates a lot of dimensions that kin-based groups have but others do not. If analyses can be conducted along these lines, then we believe that better assessments and treatments are possible. This does not mean rejecting one approach to “mental illness” totally in favour of another, but means contextualising the clients’ worlds to find a richer mixture. This is one reason we presented a real example of an “ethnic” group member who did find some western treatment valuable in her life.

What we have not done here, is to show how the strategies arising from stranger relationships are also socially-controlled, since this would take us further a field than we have space for here (Guerin, 2001b). In any case, our point here is that people living with very different social properties stemming from very different forms of social relationships require very different analyses and interventions. Our eventual aim is to integrate the traditional treatments of other groups into western treatments or to produce new treatments and approaches altogether for such groups. It must be remembered, nevertheless, that people in this world are changing from globalisation and we should never assume, as our first case study illustrates, that traditional treatments will always work best just because the person is part of a kin-based community.

Even if you do not agree with our particular version of social analysis here, we believe that this much detail of the specific social context is necessary in one form or another, and that this entails spending more quality time with clients and their communities. The material we gleaned in these cases would never have surfaced in a one-on-one session of western therapy or research interviews. The form of the stranger relationship with a “therapist”, whether psychologist, psychiatrist or other, would not have allowed the

material to be told, the clients might not even have been able to verbalize the rich material we observed over time. Also, as seen in the second case study, even if the issues had been understood from individual sessions, the interventions required participating with the community in any case. In the first case study, the more western intervention was felt to be helpful but still the client became more estranged from her family and community as a result. In the second case study it took a community intervention on a large scale to treat the individual woman (Guerin, Guerin, Tedmanson, & Clark, 2011).

In terms of the promotion of mental wellness and the prevention of mental illness, these analyses become even more crucial. As both case studies illustrate, the “individual” interventions required community and family change and preventing such issues would have needed long term advocates. While communities have often in the past had their own mechanisms for preventing such problems, the refugee communities are not what they traditionally were, and all the communities we are dealing with are embedded in a western context and have new issues arising from this that they have not encountered before in the same way. Prevention and promotion work best in these cases by strengthening the communities, rather than targeting the individuals, but it must be kept in mind that most of these communities are also dealing with new problems not of their making.

Acknowledgements

This research was kindly supported by the Foundation for Research Science and Technology (New Zealand) through UOWX0203, *Strangers in Town: Enhancing Family and Community in a More Diverse New Zealand Society* while at the University of Waikato, and later partially supported by grants from the Australian Research Council (ARC DP0877901) and the Australian Institute of Aboriginal and Torres Strait Islander Studies (AIATSIS G07/7290).

References

Achebe, C. (1988). *The African trilogy*. London: Pan Books.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders- IV-TR*. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association.

Bentall, R. (2009). *Doctoring the mind: Is our current treatment of mental illness really any good?* New York: New York University Press.

Bentall, R.P. (2003). *Madness explained: Psychoses and human nature*. London: Allen Lane.

Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2004). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks CA: Sage.

Cromby, J., Harper, D., & Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. Hampshire, England, UK: Palgrave Macmillan.

Double, D. (2005). Beyond biomedical models: A perspective from critical psychiatry. In J. Tew (Ed.), *Social perspectives in mental health: Developing social models to understand and work with mental distress* (pp. 53-70). London: Jessica Kingsley.

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

79

Guerin, B., & Guerin, P. (2014). “Mental Illness” Symptoms as Extensions of Strategic Social Behaviour: The Case of Multicultural Mental Health. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-81. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Ferns, P. (2005). Finding a way forward: A Black perspective on social approaches to mental health. In J. Tew (Ed.), *Social perspectives in mental health: Developing social models to understand and work with mental distress* (pp. 129-150). London: Jessica Kingsley.

Fromene, R., & Guerin, B. (2014a). Australian Indigenous clients with a Borderline Personality Disorder diagnosis: A contextual review of the literature. *The Psychological Record*. DOI: 10.1007/s40732-014-0059-2

Fromene, R., & Guerin, B. (2014b). Talking to Australian Indigenous clients with Borderline Personality Disorder labels: Finding the context behind the diagnosis. *The Psychological Record*. DOI: 10.1007/s40732-014-0058-3

Goffman, E. (1963). *Behavior in public places: Notes on the social organization of gatherings*. New York: The Free Press.

Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.

Guerin, B. (2001a). Replacing catharsis and uncertainty reduction theories with descriptions of the historical and social context. *Review of General Psychology*, 5, 44-61. DOI: 10.1037/1089-2680.5.1.44

Guerin, B. (2001b). Individuals as social relationships: 18 ways that acting alone can be thought of as social behavior. *Review of General Psychology*, 5, 406-428. DOI: 10.1037//1089-2680.5.4.406

Guerin, B. (2001c). Explanations of bereavement, grief, and trauma: The misuse of both mental and foundational terms. *European Journal of Behaviour Analysis*, 2, 154-161.

Guerin, B. (2004). *Handbook for analyzing the social strategies of everyday life*. Reno, Nevada: Context Press.

Guerin, B. (2005). *Handbook of interventions for changing people and communities*. Reno, Nevada: Context Press.

Guerin, B., & Guerin, P. (2007). Lessons learned from participatory discrimination research: Long-term observations and local interventions. *The Australian Community Psychologist*, 19, 137-149.

Guerin, B., & Guerin, P. (2012). Re-thinking mental health for Indigenous Australian communities: Communities as context for mental health. *Community Development Journal*, 47(4), 555-570. DOI: 10.1093/cdj/bss030

Guerin, B., Guerin, P.B., Diiriye, R.O., & Yates, S. (2004). Somali conceptions and expectations of mental health: Some guidelines for mental health professionals. *New Zealand Journal of Psychology*, 33, 59-67.

Guerin, P.B., Elmi, F.H., & Guerin, B. (2006). Weddings and parties: Cultural healing in one community of Somali women. *The Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 5(2), 105-112. DOI: 10.5172/jamh.5.2.105

Guerin, P., & Guerin, B. (2007). Research with refugee communities: Going around in circles with methodology. *The Australian Community Psychologist*, 19, 150-162.

Guerin, P., Guerin, B., Tedmanson, D., & Clark, Y. (2011). How can Country, spirituality, music and arts contribute to Indigenous mental health and well-being? *Australasian Psychiatry*, 19, 38-41. DOI: 10.3109/10398562.2011.583065

Smith, L. (2005). Psychotherapy, classism, and the poor: Conspicuous by their absence. *American Psychologist*, 60, 687–696. DOI: 10.1037/0003-066x60.7.687

Tew, J. (Ed.). (2005). *Social perspectives in mental health: Developing social models to understand and work with mental distress*. London: Jessica Kingsley.

Wagner, W., Duveen, G., Themel, M., & Verma, J. (1999). The modernization of tradition: Thinking about madness in Patna, India. *Culture and Psychology*, 5, 413-445. DOI: 10.1177/1354067x9954003

Walker, C., Johnson, K., & Cunningham, L. (Eds.). (2012). *Community psychology and the socio-economics of mental distress*. NY: Palgrave Macmillan. DOI: 10.1177/1354067x9954003

Cultural representations of mental illness in contemporary Japan

*Fiorella Bucci**

Abstract

This paper presents the results of a research project aimed at studying the cultural representations of mental illness and related interventions models in contemporary Japan, and providing the basis for a comparison between Japanese and Italian mental health cultures. The research methodology is based on interviews with scholars and professionals from multiple disciplinary areas and fields of practice, in order to analyze the interactions between medical, social sciences' and humanities' discourse on mental illness. The results highlight the significance of home custody within the modernization of the country, between Edo and Meiji periods; the cultural frameworks of contemporary psychiatry's action; what anti-psychiatry and the 'critical' reflection on mental illness represented within the academic debate; the new demands and potentialities connected to the spread of psychology within the mental health sector; remarkably new experiences of social integration with the contribution of arts.

Keywords: mental illness; cultural representations; Japan; international comparison; multidisciplinary study.

* Ghent University, Department of Languages & Cultures, Center for Intercultural Communication and Interaction (CICI). The research project here presented was carried out by the author as Canon Foundation in Europe Research Fellow 2012, and associate foreign researcher at Kyoto University, Sociology Department. fiorella.bucci@gmail.com

Introduction

In this paper I will discuss the first results of a research project aimed at exploring the cultural representations of mental illness and related intervention practices in contemporary Japan and laying the groundwork for a comparison between Japanese and Italian mental health cultures.

The more recent history of mental health institutions has been characterized by a trend towards the progressive reduction of hospital-based treatments and the promotion of community-based interventions. International monitoring organizations extensively agree on the need to convert a hospital-centered system, based on the seclusion of the person from her/his own environment, into a system based on a network of outpatient and community services, oriented towards the empowerment of the person with mental illness and his/her social environment. In recent international surveys, a low number of psychiatric hospital beds has even been considered an indicator of national health care quality (OECD, 2013). Nonetheless many studies point out the difficulty and nonlinearity of this shift (Rickter, 1999; Thornicroft, Tansella, & Law, 2008). Furthermore, within this global trend, the states' response shows a high and interesting variability.

An emblematic case of such variability and nonlinearity is offered by the comparison between Japan and Italy.

Japanese mental health services system is mostly based on hospital treatment, while outpatient and community services have begun to develop very slowly. Conversely Italy was a pioneer, among European countries, in the adoption of legislative reforms which, starting in the '70s, led to the shutdown of psychiatric hospitals and to the set up of new community services. Strongly aimed at supporting the social rehabilitation of people with mental illnesses, the Italian system is now exhibiting signs of a critical impasse.

Looking purely at the number of beds - as data presented by the OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) in 2012 show - the two countries seem to be positioned at the opposite polarities of a homogeneous phenomenon: Japan is the country with the highest number of beds for the treatment of psychiatric problems, among member countries; Italy is conversely the country with the lowest number of psychiatric beds per population (OECD, 2013).

The basic hypothesis from which my research starts is that, by themselves, these data suggest a difference between Japanese and Italian mental health systems, whose meaning and social implications are however still not evident at all: this research project aims at exploring the complexity of the cultural foundations from which such diversity stems, which in my mind cannot be represented in a linear form. The objective is to go beyond the descriptive dimension and to build analytical hypotheses on the cultural models and contexts which contribute to shape representations of mental illness in contemporary Japan and healthcare practices that are in line with these representations.

The relationship between culture and practices in a psychosocial perspective

Throughout the twentieth century a wide international literature (written both by Japanese and foreign authors) has been produced on the problem of mental health care models in Japan. Across this literature, we can find two prevailing ways of interpreting the role of culture in shaping intervention practices: *culture as progress* on the one hand; *culture as essence* on the other.

I suggest a re-interpretation of these two models, on the basis of a psychosocial perspective.

- *Culture as social efficacy*: because of its focus on hospitalization, Japanese mental health system has been recurrently criticized in terms of backwardness when compared with the best practices developed in western countries. In contrast to the universalistic ideal contained in the notion

of progress, the hypothesis I intend to investigate is that the social efficacy of a determined healthcare practice depends on the Local Culture specific to each context. In this sense, the hospital/community antinomy does not contain in itself either a universal or a developmental value. On the contrary, I suggest that the efficacy, the change as well as the decline of models and structures of intervention depend on the cultural expectations which are shared by those who actively participate in the context and ultimately historically founded.

- *Culture as dynamic polysemy*: some studies have been proposing the existence of a Japanese cultural uniqueness which would hinder the application of models drawn from foreign contexts to Japan¹. These studies tend to essentialize the cultural dimension converting it into an analogous of a natural datum, as such exempt from change, exchange or development. In accordance with the construct of cultural representations that leads this research, culture is considered as a dynamic process, not internally homogeneous, but rather polysemic, multi-faced and changeable. The comprehension of this polysemy extends the range of categories we can use to direct actions on the level of social reality and demands.

Starting questions

This project comes from several years of research on and work in Italian mental health services (Carli, Paniccia et al., 2008; Carli, Giovagnoli et al., 2008). As a result of such experience, it became clear to me the anomic isolation that is diffusively afflicting Italian psychiatry and in particular the SPDCs, the psychiatric wards inside general hospitals entrusted with crisis intervention. These facilities have been suffering a longtime negative stigmatization connected to the cultural meaning that the psychiatric hospital and its closure at the end of the Seventies had in Italy. The fight against the confinement of mental illness became symbolic of a wider struggle for valuing diversity and for the creative emancipation of powerless subjects. This ideological background, which was in those days the driving force of the change, is currently the root of an impasse in the Italian mental health system.

Meanwhile we are seeing a significant rise in and diversification of demands for mental health services on the part of the users. Thus, while psychiatry seems to be facing a major crisis in its image and social function, on the one hand, social demand grows and becomes more heterogeneous, on the other: at the center of this gap, mental health professionals are struggling to reorient their competence towards a system of aims and actions that might be coherent and effective with respect to the problems perceived by users.

Starting from these questions, I decided to investigate the cultural representations of mental illness in today's Japan, by analyzing the point of view of professionals and scholars of the sector. I carried out interviews with Japanese scholars and professionals from different disciplinary areas and areas of competence (psychiatry, psychology, psychoanalysis, anthropology, history, social work, mass media, arts), dealing with mental illness as central issue of their research and work.

We are interested in exploring how different disciplinary perspectives and competences, which are active in the field of mental health, are influencing the cultural representation of mental health in contemporary Japan, and which specific resources they offer for the intervention. By collecting multiple interpretative frameworks (not only medical but also social sciences' and humanities' discourse) and studying their possible interactions, we intend to investigate the different contexts from which mental illness is currently emerging as a problem in Japanese society.

The interdisciplinary research design is fundamentally linked to a theoretical interest towards mental illness as a relational event - i.e.: an event that produces crisis within social coexistence. Since it directly affects the relationship between normality and deviance, common sense and strangeness, the field of mental health may represent a revealing case study of more general dynamics underlying social coexistence: namely, through which strategies social systems regulate the relationship between

¹ One representative case of this position is offered by the interesting psychoanalytic literature on the Ajase's complex, elaborated as evidence of the need for a Japanese counterpart of the Edipo's complex (Radich, 2011).

subjectivity and purposes of the social coexistence, or how the problems of diversity's integration as well as of founding systems and experiences of belonging are tackled².

The research context: on the history of practices and institutions for mental illness in modern and contemporary Japan

As time frame of this study, I decided to consider Japanese modern and contemporary history, more specifically the period running from the Meiji era up to the present. Within this century-and-a-half time frame, it is possible to identify some epoch-making events, concerning both the general history of the country and the history of the institutions for mental illness.

Why starting from the Meiji period? The Meiji period (September 1868-July 1912) is certainly one of the most studied and debated eras of Japanese history, by both Japanese and international historiography; the number of diverse labels which have been coined for this transition – Meiji restoration, revolution and more recently renewal – shows the intensity and complexity of the debate.

Since the end of the eighteenth century and the first decades of the nineteenth century, international interest towards Japan heightened as well as pressures from foreign countries asking the *bakufu* to authorize trade relations; Japan responded embittering the seclusion policy which had been characterizing the Tokugawa domination³. Finally, two United States naval expeditions led by Commodore Perry brought these tensions to the higher point: under the threat of war Japan accepted to sign a treaty with the United States whose terms were soon extended to other foreign powers; these treaties are known as “unequal treaties” because Japan surrendered to definitely disadvantageous conditions concerning tariffs of trade exchanges and legal jurisdiction over ports and foreign nationals in Japanese territory. The signing of the unequal treaties and the opening of trade certainly represented powerful drives towards the political change by which the country was soon enough concerned.

The notion of Meiji restoration refers to the complex process that marked the end of Tokugawa shogunate, after more than 250 years of domination, and the rise to power of the emperor Meiji: the term restoration, used by the group of *samurai* and feudal lords that led the armed revolt against the *bakufu*, was intended to emphasize the restored apogee of an imperial line dating back to an ancient-mythic past. The international historiography also named this period as Meiji revolution or renewal, in order to underline the intense modernization of the country promoted by the Meiji government: Japan adopted, especially from European countries, innovations in every sphere of social life (technology, institutional forms, economic models, lifestyle, sciences). The ultimate aim was to release the country from the semi-colonial condition established by the unequal treaties (escaping from a fate in common with China and other Asian countries) and to make Japan a competitive power on the international scene.

The Meiji era was therefore a time of profound cultural transformation: while Japan was modernizing by means of a radical innovation movement, at the same time she was building and strengthening her

² Concerning this, I have found of great interest the analysis proposed by De Munck and other authors (De Munck et al., 2003) on mental health services in Belgium, their formation and development, where changes in the concept of mental illness as well as in healthcare supply, occurred over the years, are systematically related to concurrent changes in models of citizenship and of public action within the country.

³ The Edo period or Tokugawa period is the era of Japanese history (from 1603 to 1868) when the country was ruled by the shogunate (*bakufu* or military government) of Tokugawa family. The first Tokugawa shoguns (particularly Ieyasu e Iemitsu Tokugawa) settled on an elaborate system of agreements aimed at neutralizing every possible opposition from rival warlords, the imperial court, samurai, peasants, merchants, Buddhist monks. They established an era of political stability and peace founded on the conservation of a very strict social order. Within the framework of this power control strategy, the Edo period was characterized by strong limitations to travels and trade relations with foreign countries, as declared in the 1635 Edict known as the *Sakoku* Edit (the Edict of the Closed Country).

traditions. A broad literature on Japanese modernity has emphasized the process of inventing traditions carried out by Meiji oligarchs - knowingly or unknowingly assisted by intellectuals and scholars - in order to build a strong myth of the imperial Japan. On this point, the historian Andrew Gordon reminds that: «in modernizing Europe, no less than in Japan, artists and poets were among many who turned to their own past to find or invent spiritual traditions in the face of a modernity seen as inhumane or excessively materialistic» (Gordon, 2003, pp. 108-110).

By this looking back, modernity has invented traditions not only as an artifice planned by the leading class in order to manipulate the popular consent, but also for that constructive process of memory, peculiar to the modern experience, according to which some aspects of the past have been chosen as representing the whole and so essentialized. The Noh theatre and the tea ceremony, as well as the ukiyo-e, were embedded in a broader context of habits and social relations. During the Edo period they were not symbols of Japanese culture. They acquired such role during the Meiji era.

Within these complex dynamics of pursuing innovation and tradition, I want to investigate which was the place and meaning of mental illness.

The historical development of mental health services in Japan, in the time frame we are considering, can be divided into three macro-periods.

In the first part of twentieth century an “*institutionalization*” of mental illness was accomplished. By the term institutionalization, here I mean the creation of institutions - legally ruled systems of general validity - formally in charge of mental illness issues. Differently from European countries and the United States where, since the second part of the nineteenth century, national systems of mental asylums had been established, the main institution for the care of the mentally ill in Japan at that time was home custody.

In the years following the Second World War up to the ‘70s, the *psychiatric hospital* became the central apparatus for the treatment of mental illness. Instead of public hospitals, private hospitals will come to play a dominant role in mental health care in Japan.

From the end of the ‘80s up to the present, legislative innovations, within a broader movement of cultural innovation, triggered a dynamic of “*social integration*” of mental illness.

The first half of the twentieth century: “institutionalization” of the interventions on mental illness

The **Law for the Care and Custody of the Mentally Ill**⁴ (*Seishin-byosha Kango Ho*) of 1900 has been the first act of national legislation concerning mental illness in Japan. The law aimed at codifying a longtime practice of domestic custody (*shitaku-kanchi*) of the mentally ill.

It has been possible to count around 29 facilities, mostly based in shrines and temples, that housed persons with mental illness as well as vagrants and otherwise sick people, during the Edo period until the eve of the Meiji era; nonetheless the primary locus for the care of mental illness was family (Suzuki, 2003).

Under the new law, domestic confinement had to be authorized by the local government of the village or the town, by means of the designation of a guardian, responsible for the person with mental illness. The institutionalization of home custody in Meiji Japan meant the introduction of a meticulous procedure aimed at regulating even measures and materials of the room-cage (*sashiko or zashikirō*) inside the house where the person was confined; the architectural plan of this space itself had to be approved by the local administration (Suzuki, 2003).

Apparently everything was turning towards a standardization and rationalization of actions. This process, in my mind, fostered an objectivation-reification of mental illness that changed the social perception of the problem (Bucci, Campagnola, Taguchi, 2014). It is within the discourse on Meiji

⁴ Different translations of the title of the law appear across literature: the one I have chosen (Kitanaka, 2012); Mental Patient’s Custody Act (Suzuki, 2003); The Law of Confinement and Protection of the Mentally Ill (Ito & Sederer, 1993; Totsuka, 1990); Law for the Custody for Insane Persons (Nakatani, 2000).

home custody and the 1900 law that the images of patients locked in the cages or testimonies on the horrors of that experience appear in literature.

A decisive contribution to this cultural shift came also from the simultaneous development of psychiatry as professional category, based on an autonomous disciplinary statute. Under the guidance of leading figures such as Kure Shuzo – the second professor of psychiatry at the Imperial University of Tokyo and scholar with a European background – the new psychiatric science took roots in more and more sectors of social life: it contributed to the spread of a new cultural interest in public hygiene and health education, particularly among the emergent cultured and wealthy middle class; it began dealing with infancy and educational issues as well as efficiency in the industry and the army (Kitanaka, 2012). The pressure of psychiatrists, through their associations and journals, actively weighted on the emanation of the second national law concerning mental illness, the **Mental Hospital Act** (*Seichin Byoin Ho*), in 1919, during the “Taishou democracy”⁵.

The Mental Hospital Act emphasized mental illness as an illness, hence requiring medical treatment in hospital (Kumasaka & Yoshioka, 1968) and empowered the central government to order the prefectures (local administrative unites) to build public hospitals, whose building and maintenance costs would have been partly covered by the State. At the time there was only one public hospital of larger dimension in Tokyo and a certain number of small privately-run entities.

Also the 1919 law codified a practice already active under various forms in the past: it established that privately-run hospitals could admit patients whose recovery was paid by public funds (a certain number of beds for public patients were appointed to private hospitals - “substitute” beds) (Suzuki, 2003).

Nonetheless, under the financial hardships of the post-war period, the project of a future centrality of public hospitals proved to be an impossible task (Nakatani, 2000).

Over the twenty years after the law was passed, although the great majority of patients registered as mentally ill remained still without any custody, the whole number of patients under domestic custody or in hospital increased and, especially in the most urbanized centers, the main locus of care moved from family to hospital. The new law must not be considered the only responsible for this change; an increasing social demand in favor of hospitalization (particularly in private hospitals) was rising meanwhile (Suzuki, 2003).

The second post-war: the development of the psychiatric hospital

The **Mental Hygiene Law** (*Seishin-Eisei Ho*) of 1950 marked a strong historical discontinuity. It was approved during the United States occupation of Japan following the Second World War. The law forbade home custody (Asai, 1999) and ordered the medical treatment of mental illness in the psychiatric hospital (Ito & Sederer, 1999). One important feature of the law, for its consequent structural effects, was the introduction of a legal definition of mental illness and of the recovery procedures: the law established the principles of compulsory admission by administrative order in case of “danger to self and others” and of involuntary admission by request of the family or a legally responsible person. Up to 1987 compulsory-involuntary admission has been pervading in Japan: according to some authors almost the 90% of admissions occurred under these principles (Asai, 1990). Such trend was strengthened by the fact that the expense for involuntary patients was subsidized by the government and hospitals tended to apply involuntary admission also to patients who were not an obvious threat to society (Ito & Sederer, 1999; Nakatani, 2000).

During the 1960s the number of mental hospital grew and hospitalization definitively overcame home custody (Ito & Sederer, 1999).

⁵ The Taishou period (1912-1926) which was characterized by the so called “Taishou democracy”, was a time of intense popular mobilization for better life and work conditions especially for workers in the industry which was rapidly developing at that time. The government responded to these requests by planning the first national measures for welfare and health care (the first health insurance national system was launched).

This process, however, occurred within the framework of strong tensions. On the one hand, national policies encouraged the multiplication of psychiatric hospitals by authorizing staff:patient ratios less than half of those required for general hospital and providing low-interest loans for building private institutions. On the other hand, during that decade, criticisms of Japanese mental health system intensified, both at the international level and inside the country. The anti-psychiatric movement took off by the late '60s, spread nationwide - particularly in the academic milieu - and found its symbolic core in the more than 10 years long occupation of the psychiatric unit of Tokyo University (Kitanaka, 2012).

As Kitanaka suggests, while on the one hand the anti-psychiatric thought interrupted the longtime dominance of neuropsychiatry in Japanese psychiatric tradition, on the other, the break-up of the movement left a conceptual vacuum which was quickly filled by the DSM III, whose "operational" diagnosis well suited to be absorbed by the common sense (Kitanaka, 2012). In a very peculiar and unpredictable way, on a long-period, seeds sprouted by that experience prepared the conditions for the later widespread medicalization of depression (Kitanaka, 2012) in particular, and the more general entrance of psychiatric diagnosis in everyday life.

From the end of the '80s until the present: "social integration" of mental illness

In 1985, the International Commission of Jurists and the League for Human Rights organized a mission in order to examine the functioning of Japanese mental health services system. Under the pressure of these international bodies, in 1987 the Japanese parliament approved the **New Mental Health Act**, which, for the first time with respect to all previous laws, included measures for the protection of patient's human rights. The law prohibited restrictions on the patient's freedom such as the use of seclusion rooms for more than 12 hours or the prohibition to send or receive correspondence or to meet visitor. Psychiatrists were under the obligation to inform the patient of his/her rights at the admission in hospital. Patients who were involuntary admitted could appeal to the Prefectural Governor. A new entity, the Psychiatric Review Board, was set up to regularly monitor compulsory-involuntary admissions and order improvement of treatments or discharge. Moreover, the law recognized different typologies of admission: voluntary admission, admission for medical care and custody, involuntary admission by the Prefectural Governor, emergency admission. Finally it empowered the Prefectures as well as other local governments and non-profit organizations to establish outpatient and day-care facilities, funded by national and local budgets, for the social rehabilitation of patients.

Some jurists highlights that up to the 1987 law, the concept of voluntary admission did not exist in Japanese legislative corpus (Totsuka, 1990). The acknowledgement of the possibility of a voluntary nature of the admission can be read as the sign of an increasing proximity between normality and pathology within the social representation of mental illness.

The more recent change, within our historical overview, is linked to the **Mental Health and Welfare Law of 1995**, which recognized mental illness as a disability (Ito & Sederer, 1999). The law was based on two previous laws, the Basic Law for the Disabled (1993) and the Community Health Care Law (1995) and its project was to incorporate welfare measures into a model of intervention until then mostly based on medical treatment, in order to promote the independence of people with mental disabilities and their participation in socio-economic activities. Within the scene of developing outpatient and community-based services, welfare homes and workshops as well as training and work services became active.

Starting from the 1990s clinical psychology has been reaching a more formalized disciplinary status⁶. In 1992 the Ministry of Education decided to employ clinical psychologists as educational counselor

⁶ For an overview on the current status of the qualification procedures in clinical psychology and psychotherapy, particularly psychoanalysis, and the general conditions for training and clinical practice in these fields in Japan, see Shingu, 2008.

in all country schools. Currently psychologists are negotiating with the government to obtain a national licensing system.

During this period, particularly since the 2000s, psychiatric diagnosis has been having a crucial role in the battle between families and lawyers on the one hand and companies on the other concerning the tragic problem of overwork suicide (Kitanaka, 2012).

While psychiatric categories penetrate diffusively into the explanation of more and more problems in everyday life, at the same time the psychiatric hospital remains a central element for mental healthcare in Japan.

Methodology

The research methodology is theoretically informed by the clinical psychology notion of *Local Culture* (Carli & Panizza, 2003) that refers to the process of sharing symbolic-subjective meanings within social relations which forms the basis of sensemaking and behavior regulation in social groups. The analysis of the *Local Culture* allows to understand a social group's or organization's experience regarding an object by which they are concerned, the set of symbolic meanings that object acquires in the representation shared by those who are in relation with it.

A set of 18 semi-structured in depth interviews, with Japanese scholars and professionals dealing with mental illness as principal focus of their research and work, was conducted. For the selection of the research participants, two illustrative variables were taken into account: 1- disciplinary area (psychiatry, psychology, psychoanalysis, anthropology, history, social work, mass media, arts); 2- field of practice (mental health service/academia/both). The interviewees' group comprehends highly distinguished Japanese professionals and scholars in the field of mental health as well as key figures in the history of mental health institutions in Japan. The interviewees were selected also paying attention to enlarge as much as possible the research geographical area. We gathered interviews in some major urban areas of Honshu, the central island of Japanese archipelago: Tokyo, Kyoto, Kobe, Yokohama, Hyogo, Okayama.

The interview setting

The interviews were based on three open questions (the same questions have been posed to all the interviewees): a) the first question allowed the interviewee to speak freely about her/his considerations on mental illness in Japanese society, according to her/his academic and professional experience; b) the second question concerned the principal aims towards which scholars and professionals who deal with mental illness in Japan are currently pointing their efforts. The interviewee was asked to compare the present situation with the past; c) the third question inquired if there have been significant changes in the social image of mental illness in Japanese society over modern and contemporary age, possibly connected to other important changes for social life in Japan.

All the interviewees were invited to indicate in which language they preferred to talk, whether in Japanese, in English or in Italian and to move from one language to another, during the interview, in case something they wanted to talk about was difficult to express in a foreign language. The interviews in Japanese - the majority in this research - were conducted with the assistance of an interpreter. It is interesting to point out that in more than one occasion our interlocutor, during the interview, decided to shift from Japanese to English, the latter being a language shared by all the participants in the interview, as a way to reduce the distance and facilitate the exchange.

I will further discuss the linguistic dimension later because it represents one important component of the relationship with the research participants and consequently of the setting institution. This is a relevant issue since the quality and nature of the setting determines the research results' validity and readability.

It is to be considered that the international exchange was neither the core nor the direct topic of this study but represented its framework. One could say it was a substantial condition for establishing the specific reflection on mental illness in which we were taking part. Each interview was introduced giving to the interviewee some basic information: the research has been funded by a Foundation active in the promotion of cultural and scientific relations between Europe and Japan; the research was directed by an Italian scholar within a wider project of cross-cultural comparison focusing on mental illness. We thus can assume that the analysis of the interviews will also give us information about our interlocutors' symbolization of the international exchange, its dynamic and possible outcome.

The Emotional Analysis of the Text

The interviews were recorded, transcribed and analyzed by means of Emotional Analysis of the Text (AET). AET is a method for the analysis of the discourse whose purpose is to investigate in the fieldwork the theoretical construct of *Local Culture* (Carli & Paniccia, 2002).

The sharing of the same contextual topic – contained in the interview questions – allows to put together the texts of all the interviews to form a single textual corpus.

At a first stage the textual analysis is conducted by selecting within the vocabulary those words which we refer to as “dense” words, that means words of the local discourse containing highly interesting information on the affective symbolization of the research object. At a second stage, the co-occurrence of the dense words within the text is analyzed by the statistical techniques of multiple correspondence analysis and cluster analysis. These procedures consent to draw from the text those groups of dense words that more frequently and significantly recur together: thus we obtain some clusters or repertoires of dense words positioned on a factorial space (Fig. 2). Each cluster represents a specific feature of the *Local Culture*, a specific way in which the research participants symbolize their relationship with the research object; the relationship between the clusters provides information on the overall dynamic that enlivens the *Local Culture*: main criticalities as well as main resources and development perspectives (Fig. 2; Tab.1).

Given the central role of words and co-occurrences in this method of textual analysis, linguistic choices have been accurately considered, particularly because of the variety of languages involved and the consequent importance of translations.

The interviews were first transcribed in the original language, and finally translated into Italian. The textual analysis was conducted on the Italian version. Two translators were entrusted with the translations from Japanese to Italian, one Japanese native speaking, the other Italian native speaking, both specialized in the translation between the two languages. During the translation process, two vocabularies were created, the first containing the lexicon from the interviews in Japanese, the second from the interviews in English, and related translations in Italian. The two vocabularies were created to obtain coherence in the translation choices over the whole text and as essential basis for the following choice of dense words and cluster interpretation.

The cluster interpretation presented in the next paragraph was conducted through a clinical psychology method based on the analysis of the emotional polysemy of words, that is the capacity for a word to have multiple, potentially infinite related meanings and cross-references to symbolic universes. From a psychological-psychoanalytical perspective, each word is inscribed into a metaphorical tradition which consists of the discursive contexts of which the word has been part over the course of time. For this reason, in this kind of analysis, one normally studies etymology of words and, as far as this research is concerned, we also studied the meaning of the kanji used for writing the Japanese words⁷.

While we are talking about a determined topic or object - clearly identifiable and univocal in terms of external reality - at the same time we are evoking multiple contexts of experience - in terms of

⁷The following dictionaries and etymological dictionaries have been used for the cluster interpretation: Breen (2013), Cortellazzo & Zolli (1999), Harper (2013), Klein (1971), Matsumura (1998).

subjective reality - which contribute to found what that object represents to us, our subjective relation with it. Thus, while we are talking about a certain object, we are also talking about what it represents. It is important to clarify that this is by no means a philological analysis. The focus of our interest is which value a certain etymological or ideographic content of a word might potentially have in terms of the unconscious emotional symbolization, for its capacity to generate symbolic links. The relevance of these symbolizations, as we will see, is then verified by studying the co-occurrences of words throughout the discourse (Tab. 2).

Results: analysis of the Local Culture

Figure 1. Illustrative variables

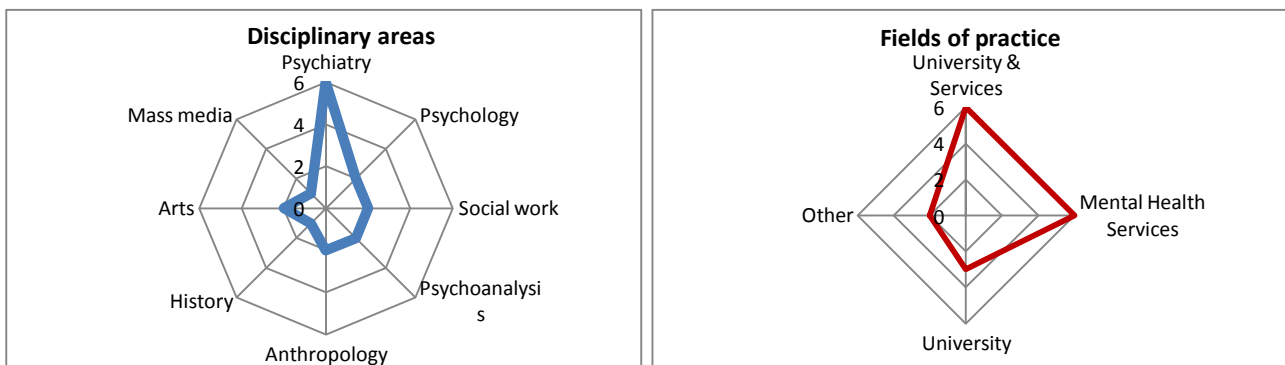


Figure 2. Factorial space (clusters and illustrative variables)

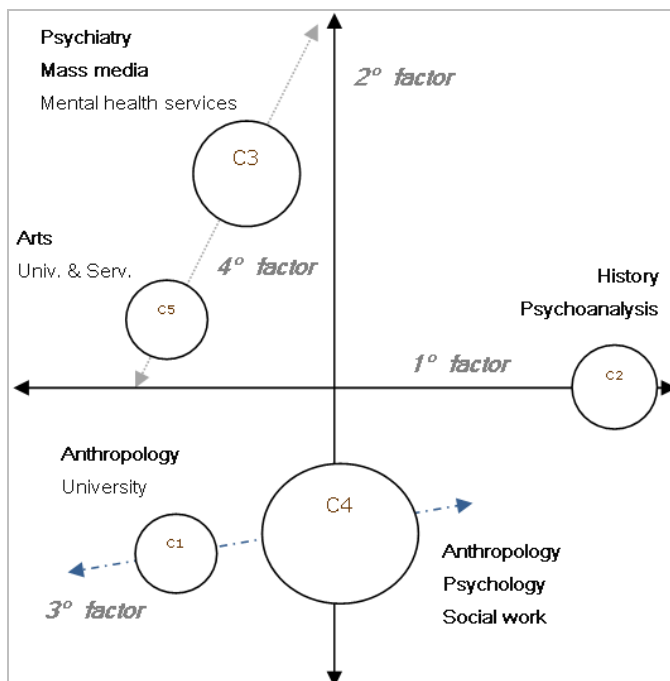


Table 1. Relationship between clusters and factors (cosinus)

	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4
Cluster 1	-0,283	-0,579	0,763	-0,042
Cluster 2	0,968	0,034	0,146	0,203
Cluster 3	-0,213	0,777	0,193	-0,561
Cluster 4	-0,148	-0,538	-0,798	-0,226
Cluster 5	-0,300	0,238	-0,018	0,924

Table 2. Clusters of dense words and illustrative variables (ordered by Chi-square*)

Cluster 2 (14.42 %)		Cluster 3 (24.29 %)		Cluster 1 (11.44 %)		Cluster 4 (39.03 %)		Cluster 5 (10.82 %)	
78.76	edo	133.49	hospital	77.84	interest	45.49	work (hataraku)	196.76	music
78.76	zashikirou	89.31	private	77.68	critical	25.64	psychology	144.03	music_therapy
59.14	meiji	76.1	bed	54.78	perspective	25.13	problem	135.34	disability
58.8	world	56.19	doctor	46.88	antipsychiatry	23.67	company	74.44	art
54.49	kichigai	51.3	psychiatry	46.88	notion	18.32	achieve	58.37	improvisation
52.99	war	46.3	admission	39	biologic	15.87	spread	49.95	intellective
41.2	meaning	35.1	reduce	39	foucault	15.31	work (shigoto)	49.39	activity
35.95	lineage	28.45	pay	39	trasnsform	14.95	sick	46.95	organize
35	family	25.85	insure	32.3	understand	14.24	phisical	42.43	instrument
33.98	word	25.58	medical care	31.15	dilemma	14.01	community_ based	41.16	enjoy
32.31	europe	23.85	nurse	31.15	fierce	13.78	school	33.19	play
29.91	kyouki	23.13	increase	31.15	fight	13.56	young	29.52	future
29.91	possession	23.13	schizophrenia	30.89	medicalization	13.2	ask	27.13	parents
29.91	restoration	21.2	nation	30.62	social	11.89	happen	22.44	explain
29.91	showa	20.14	dementia	30.16	become	11.69	outside	18.41	good
29.91	wife	17.14	institution	29.68	sort	11.09	emotion	16.69	child
29.15	husband			26.6	clinical	11.06	desire	16.17	depend
						9.7	person	13.02	use
								12.64	like
Illustrative variables									
203.87	Psychoanalysis	186.53	Psychiatry	474.73	Anthropology	81.81	Social work	284.96	Arts
154.42	History	122.39	Mass media	160.51	University	68.47	Anthropology	92.20	Univ.&Services
		65.78	Services			30.68	Psychology		

* Minimum Chi square for the selection of a word: 2.34.

Cluster 2

The cluster is placed on the positive polarity of the first factor (Fig. 2, right side) with a high correlation. It is representative of approximately the 14% of the textual unites identified as significant by the analysis. It indicates an important but delimited cultural position, not largely shared within the research context. Some illustrative variables are linked to this cluster: the disciplinary areas of **psychoanalysis** and **history**.

This repertoire is characterized by the co-occurrence of the following dense words: edo, *zashikirou*, meiji, world, *kichigai*, war, meaning, lineage, family, word, Europe, *kyouki*, possession, restoration, shouwa, wife, husband.

Edo (江戸) is the ancient name of Tokyo, the present capital of Japan, and the name of one era of Japanese history. During the Edo period, although Kyoto remained formally the capital of Japan and the residence of the imperial family, the Tokugawa shogunate chose the city of Edo as elective base of its system of power. In a very short time frame the city saw an impressive development becoming one of the most influential and lively metropolis in the world. The kanji of the word literally mean “the door on the bay” or “the door on the estuary”: Edo is located by the sea and was initially a small fishermen’s village. On a symbolic level, the proximity to the sea means a lively source of sustenance, trade and exchange with the world but at the same time a doorstep, a threshold, a boundary.

The second word is **zashikirou** (座敷牢): the room inside the house used to confine the person with mental illness. It was the main tool in the practice of family custody in Edo and Meiji periods. The kanji of the word combine three images: the idea of being seated squatting; the idea of spreading out, laying out, giving room, imposing widely; finally the jail, the prison.

The meeting between the first two dense words highlights a dynamic relation between inside and outside, passing through a boundary. The boundary plays the role of gathering, protecting what is inside, even to the extent of confining, imprisoning, but at the same time it gives access, opens up to the relation to the world, contains a request for expansion, for conquering larger spaces.

Meiji (明治) literally means “the reign of the light” or “enlightened reign”. It was the name chosen by the oligarchs, who led the restoration of the imperial power, to highlight the ideal affinity of the latter to the enlightened monarchs of the European tradition. Such name expresses the intent of releasing the country from the seclusion and darkness experienced during the Tokugawa era.

Thus, the *zashikirou* seems to represent a connecting element between Edo and Meiji Japan. As we have seen, modernization did not happen at all as a radical break with the past. On the contrary, home custody, as other social practices coming from the Edo tradition, persisted in modern Japan. On a symbolic level the *zashikirou* stands for the complexity and ambivalence of the experience of modernity: the wish to gain an international perspective seems to coexist with the wish to remain separated from the outside world, gathered inside.

Then follow the words: world, *kichigai*, war, meaning, lineage, family, word, Europe.

Sekai (世界) **world**, literally means “what is well-known outside Japan’s confines” and “society, universe, sphere”. It comes from Buddhist literature where it originally meant “realm governed by one Buddha”. The opening of the country to the international exchange seems to lead up to a new belonging, a larger sphere, quickly able to restore a sense of entirety.

The word **kichigai** (気違い), translatable as madness, contains a very significant notion for our research aims. It is formed by two kanji: *ki*, spirit, mind, air, atmosphere and *chigau*, difference; it literally means “the spirit is different”. The concept of *ki*, adopted from the *qi* of the Chinese tradition, concerns a dimension that can be referred to as the breath of vital energy which presides over the organic coherence and order of all living beings (Cheng, 2000). Here we meet a concept of madness as spiritual change, which is somehow comparable to the humoral theories of the western tradition, but with a peculiarity: *ki* as vital breath is a dimension that does not concern the individual and never only the body; it concerns the relation among all living beings.

Strongly associated to a specific moment of Japan's history – the Meiji transition - madness in this cluster refers to the experience of the difference, of the relationship with what is unknown. On the one hand, such experience means the access to a new belonging, to an universal; on the other, it represents a **war**, a deep life-threatening break, because it imperils that function of order which is the foundation itself of the living thing. Faced by the new, the identity seems to fall: a crisis opens up on the system of cultural **meanings**⁸ which give vital coherence to social processes.

At this point, the reference to **lineage** (in English) and to **family** (*kazoku* 家族) is very significant. Family is a primary locus of belonging and identity. Moreover a specific model of family is here evoked: the family based on the lineage, the line of descendants from one ancestor. Also the **word**, the language are fundamental means of belonging and identity: through words we can grasp the external reality, domesticate it within a system of socially shared meanings. At the same time, while the lineage refers to natural, reproductive, linear bonds, the word suggests relationships where exchange, learning, variability, choice seem more possible.

Europe appears as interlocutor of the experience presented in the cluster. Compared to the world, mentioned before – as universal sphere able to instantly absorb diversities - Europe is a delimited interlocutor, with its own identity, with which an exchange is possible.

The final words of the cluster are: *kyouki*, possess, restoration, Showa, wife, husband.

Kyouki (狂気) literally means insane spirit⁹. It contains again the concept of *ki* but this time linked to the kanji of *kyou* (*kuruu*) insane, from Chinese *kuang*, uncontrolled, wild animal. Insanity is associated with wild, non-domesticated animality. **Possession** (*monotsuki* 物憑き), according to an ancient Japanese tradition, means to be possessed by a spirit, usually associated to an animal provided with special powers (the fox for instance or the wolf). In this representation of insanity - even more ancient than the notion of *kichigai* - the spirit transforms, changes its nature due to an external agent that houses in it, takes possession of it (*tsuku* literally means to lie, base on, depend, adhere, attach, infest).

Restoration (*ishin* 維新) from *I*, fiber, tie, rope (the kanji appears in many words containing the meaning of “repair”: the sewing thread) and *shin*, new: literally means “the new bond”; it evokes the action of repairing or restoring in the sense of renovating something which pre-exists. The term “Meiji restoration”, as we have seen, refers to the political idea of restoring the power of the original Japanese imperial line. The ever-changing interpretation of this period of Japanese history in the historiographic debate - underlining sometimes the conservative aspect of the process (restoration) or its radically innovative side (revolution) or an in-between interpretation (renewal) – is symbolically coherent with the main question focused on by this repertoire: is it possible to experience continuity within change? Encountering the New, the Other arouses the experience of being possessed, of losing one's own identity and that, as we will see, seems connected to an idea of identity as pureness of the origin.

The word **Shouwa** (昭和) formed by *shou*, “shining” and *wa*, “harmony, peace, Japanese style, Japan”, can be literally translated as “era of peace and shining harmony” or “era of shining Japan”. It is the name of the period of Japanese history corresponding to the reign of the emperor Shouwa, best known with the name of Hirohito, from 1926 to 1989. The concept of *wa* is an important notion in Japanese cultural history. *Wa* is the more ancient name of the country reported in Chinese and Korean literatures. Later this term has become representative of a Japanese ideal of harmony¹⁰. The notion of *wa* had a central role in the theorization of *Kokugaku* (“studies of our country”, also translated as

⁸ *Imi* (意味) meaning, is formed by *I*, idea, mind, heart, thought, desire as well as care, attention, and *Mi*, flavor, taste (this kanji appears in many Japanese words that mean “interest”). It signifies the function of matching an object of the external reality with an internal referent which is the basis of knowledge. How do things taste? What do I desire? What do I direct my interest to? Both external and internal reality seem to be called into question, no longer obvious in themselves or clearly connected.

⁹ It can be opposed to *shouki* 正気 that means correct spirit.

¹⁰ It appears in many current ways of saying meaning “the Japanese way” or “the traditional Japanese way”.

“native studies”) an intellectual movement and philosophical school founded during the Edo period, by the end of eighteenth century, in opposition to the *Kangaku* (“Chinese Studies”, the study of Confucian works). The *Kokugaku* movement criticized the study of the Confucian classics which represented the canonical object of study in early modern Japan, and emphasized the importance of focusing on earliest Japanese works (Burns, 2008). Through the philological study of Japanese ancient texts and poetic forms, such as the *waka*, the *Kokugaku* intended to recover an intrinsically “Japanese” mode of subject-ness that had existed in archaic times. Kamo no Mabuchi, a relevant figure for the formation of *Kokugaku*, asserted that the original fifty sounds of Japanese - before the cultural contact with China and the introduction of writing - were derived from nature itself. They contained the original harmony, the immediate (unmediated) unity of man/nature/sound that had characterized existence in ancient times and were later lost¹¹ (Burns, 2003).

Finally the words **wife** and **husband** refer to the system of roles which gives order to the family sphere and guarantees the reliability of family as social unit entrusted with normative functions such as the custody of the mentally ill. At the same time the relationship between wife and husband once again involves the central problem of difference: their meeting dismantles the line of families' descendants, mixes the lineages. Because of the variability and the otherness that such meeting entails, it is as much dangerous as vital and generative.

In summary, the central problem emerging from the cluster - from a *historical* and *psychoanalytical* perspective¹² - is that of identity in the modern age: national identity as well as subjective identity.

In the ideas of *kichigai* and *kyouki*, madness is experienced as a difference that appears in the *ki*, the breath connecting and ordering all living things. It is therefore associated to a principle essential for life that is a principle of order and relationship. Family is entrusted with the custody and care of this problem as it is more generally entrusted with a central normative role within society.

Confined into the *zashikirou*, in the family house, mental illness seems to represent an area of seclusion inside a country that meanwhile is rapidly changing through the exposure to a global scene, to new cultural references that are changing the meaning of things. Modernity in Japan - with respect to the symbolic meaning here emerged - seems characterized by the encounter with Otherness. Encounter that has been experienced with strong ambivalence - access to an universal on the one hand, war, invasion, possession on the other - because constantly linked to the theme of identity: what does one come from? what does one belong to? what is familiar? which is the original and vital order of reference?

Cluster 3

The cluster is placed on the positive polarity of the second factor (fig. 2, in high) in opposition to clusters 1 and 4, placed on the negative polarity of the factor (fig. 2, down). It represents approximately the 24% of the textual unities taken in exam, and therefore indicates a rather largely shared and significant cultural position within the research context. It mainly represents the discourse of interviewees from **psychiatry** and **mass media**, as well as of those working in **mental health services**.

The cluster is characterized by the co-occurrence of the following dense words: hospital, private, bed, doctor, psychiatric, admission, reduce, pay, insure, medical care, nurse, increase, schizophrenia, national, dementia, institution.

This repertoire, more than any other within this research, focuses on the social function of contemporary psychiatry and its cultural frameworks. There seems to be two pillars of contemporary

¹¹ *Kokugaku*'s discourse has been later the object of a long lasting critique focusing on its possible contribution to the formation of nationalism and then of fascism and militarism in modern-contemporary Japan. Among the critics Maruyama Masao was one of the most influential voices (see Masao, 1974).

¹² *History* and *Psychoanalysis* are the illustrative variables associated to this cluster.

psychiatry's action: on the one hand the hospital as the locus *par excellence* of medical knowledge and practice, on the other hand the economic discourse with its quantitative parameters.

Here we can find the principal terms of the debate, which has become dominant in psychiatry, concerning the transition from a hospital-centered system to outpatient and community services. This goal is today inscribed into a more general trend in healthcare delivery towards a reduction of hospital-based (bed-rest) treatments, as a strategy to reduce healthcare expenditures.

Thus, while in modern Japan the problem of mental illness is associated to family (as cluster 2 shows), in contemporary Japan the social unit under problematization is the hospital, and in particular the private hospital.

The international criticism of Japanese mental health system for the high number of psychiatric beds still in existence today in the country is mainly based on the point that psychiatric hospitals in Japan are for the majority privately-held entities. This argument rests implicitly on a cultural representation that associates private to free market and assumes it as an entity opposed to the public sphere, to the public interest, the latter strongly associated to the State.

It is important to consider that Japanese private psychiatric hospitals are non-profit organizations, which do not operate in competition with each other on prices, since the cost of each service is fixed by a national pricing system all hospitals, both public and private, have to comply with.

In this regard, the first two dense words of the cluster are particularly meaningful: the word *byouin* 病院, **hospital**, is composed by *byou*, illness and *in*, institution, temple, palace, school; *minkan* 民間, **private**, is made up of two kanji: *min*, people, nation, subjects, and *kan*, space, interval, what is in the middle, term used to mean the relationship; it literally means the bond, the relationship between people of a nation.

I agree with the interpretation of this notion given by Kyu Hyuu Kim in his work on parliamentarianism and the national public sphere in Meiji Japan (Kim, 2007): he uses the word *minkan* to define the civil society, that is the combination of social organizations which exist outside the State and represent the limit of the state sphere. Similarly to the State, the civil society takes part in the construction of a national public space. I suggest that assuming a sharp opposition/division between the private and the public might be ineffective to understand the relationship between these two spheres in Japanese society and their role with respect to mental illness care.

Another sequence of dense words in the cluster gives us interesting information of the cultural models at the basis of contemporary psychiatry's action: insure, medical care, nurse. The **medical care** (*iryuu* 医療, formed by *I* doctor and *ryuu* heal, care) appears wrapped in between two terms, both referring to the action of protecting: **insure** (*hoken* 保険) means literally to protect, to guarantee, to preserve from what is precipitous, steep, inaccessible, impregnable; **nurse** in Japanese is *kangoshi* (看護師) that means the expert, the teacher, the master who watches over, safeguards, protects.

Thus, in the culture of Japanese contemporary psychiatric hospital we can find a deep rooted expectation to accomplish a protective function.

By looking at the following dense words, it is evident how such expectation is linked to a specific representation of mental illness and of the recipients of psychiatric intervention.

While in cluster 2 mental illness appeared as *kichigau* and *kyouki* - difference, transformation of the spirit, wild power, upheaval in social life and order - here in cluster 3 it appears as schizophrenia and dementia. **Schizophrenia** in Japanese, likewise in the Latin-derived word, is *seishinbunretsubyou* (精神分裂病), the illness of the split, rend mind¹³; **dementia** is *ninchishou* (認知症) the damaged intellect (the kanji of *nin* and *chi* together indicate precisely the notion of intellect, of cognitive function).

¹³ *Seishin* (精神) "mind, soul, heart, spirit" is the contemporary term used to express the concept of mind in the words *seishinbyou* (精神病) "mental illness" or *seishinka* (精神科) "psychiatry".

In the psychiatric culture, the intervention is clearly and mainly addressed to people with damaged minds. The stress goes on the deficit, the incompetence, the incapability and consequently the need for a protective function.

In the final part of the cluster, two other words co-occur with the diagnostic categories: national and institution. As suggested before, the word **national** (*kuni*, 国) here represents the symbolic referent connecting the private to the public sphere, within the larger, synthetic domain of what is relevant to the country. The psychiatric discourse as well as the discourse on psychiatry in Japan is strongly and constantly referred to the national sphere. During the interviews with the psychiatrists participating in the research project, I was stricken by their readiness, not at all obvious, to connect their professional experience to data deriving from national surveys, about trends and changes concerning the Japanese social system as a whole: for example the increase in psychiatric admissions for dementia linked to the progressively aging population, a particularly serious problem for Japan.

Finally, the word *shisetsu* (施設) which can be translated as **institution**, establishment, facility, represents in a very meaningful way how the action of caring is interpreted and experienced in Japanese psychiatric hospital: *shi* (施) contains the meaning of giving, bestowing and performing; *setsu* (設) means to establish, provide, prepare. It is the action of establishing and providing a service in response to a warrant, to an entrustment; this finds in terms of affective symbolization the institutional dimension (in such terms a dimension which can be cross-public and private).

We find Japanese psychiatry being culturally strongly based on what we could refer to as “social warrant”. Since the main recipients of the psychiatric intervention are - according to the cultural representation showed by the cluster - people supposed incapable to express by themselves a demand for care, psychiatry’s action primarily responds to and must be legitimated by a collectively sanctioned will¹⁴. We will come back on this point in the conclusions.

Cluster 1

It is placed on the negative polarity of the second factor (fig. 2, down) near to cluster 4¹⁵ and in opposition to clusters 3. It is representative of approximately the 11% of the textual units under study, that is a rather delimited experience, and mainly associated to the disciplinary area of **anthropology** and to the discourse of interviewees working in the **university** sector.

Cluster 1 is characterized by the following dense words: interest, critical, perspective, anti-psychiatry, notion, biologic, foucault, transform, understand, dilemma, fierce, fight, medicalize, social, become, sort, clinic.

It is the repertoire that most intensely focuses on the relationship between knowledge and life, questioning the contribution that academia can offer to deal with the problem of mental illness.

The co-occurrence of the first three dense words expresses a specific question. **Interest**, from Latin *inter esse*, means to be between, to be part of, and consequently to concern, to matter, to be of importance. **Critical** derives from Greek *kritos* (through the Latin *cernere*) and means to separate, to choose, to judge, to decide (from the same linguistic root come also the words crisis and criterion).

Perspective from Latin *per*, through and *spicere*, look at, means to look through, to catch by the glance the depth of things, their occurring over time and space.

¹⁴ By looking at the illustrative variables, we see that the cluster mainly represents the discourse of psychiatrists and journalists. This is interesting if we consider how much the social image and legitimacy of psychiatry has been depending on the mass media. The history of mental illness, in Japan as much as on the international scene, have been characterized by epoch-making scandals, where journals denounced the abuses suffered from patients inside the psychiatric hospitals. Nonetheless it must be noted that, from a symbolic point of view, both these perspectives (so much antagonist on the social scene) share and contribute to produce a representation of the person with mental illness as an incapable subject in need for protection.

¹⁵ Clusters 1 and 4 contribute also to the third factor of the cultural space, on which on the contrary they are opposed. We will see later on the meaning of such double relation.

The interest refers to the experience of being involved, concerned by something, and at the same time closed in, squeezed by. A separation is needed so that a judgment, a decision might stem from such involvement. The action of separating, contained in the critical attitude, stands for the opposite of being squeezed by, closed in: by separating yourself from your object of interest, you can look at its developments and contexts, you can gain a perspective on things, a glance on the future.

Follows the word **anti-psychiatry** that specifies further the terms of the problem expressed in the cluster. Being interested in issues related to psychiatry, does it inevitably mean to take part in, to become involved in, to be militant within a conflict between two parts where *terzium non datur*¹⁶? Or is a critical interest possible, that is an interest which can offer a perspective, lead up to a development, where a “third (possibility) is given”?

Anthropology launches this question: this disciplinary area (the more significantly represented in this cluster) seems to be looking for a new perspective from which pursuing its interest in psychiatry, after the cultural turning point marked at the international scale by the anti-psychiatric movement, since the Sixties.

Follow the words notion, biologic, Foucault, transform, understand, dilemma, fierce, fight.

The aforementioned search for a perspective seems to concern primarily one issue: the **biologic** sphere (from Greek *bios*, life) and how to consider, how to conceive it, through which **notions** and interpretative models. The work of Michel **Foucault** seems to be recalled here as a turning point responsible for a radical change in our understanding of mental illness and at the same time of our notion of biologic¹⁷. On a symbolic level Foucault's thought is associated to a **transformation**, that means the experience of going “across the form”: from Latin *trans formare*, the term *form* entails etymologically the experience of keeping, containing within the limits, the perimeter of a stable configuration. Thus here we can find references to an experience of profound intellectual insight; at the same time the containing function of knowledge - the capacity of notions and intellectual categories to construct meanings, as stable reference frames - is called into question.

Understand, from old English, *under*, between, among and *stand*, to assume and maintain an upright position, also to bear, tolerate: it recalls again the experience of being in the middle, captured by a **dilemma**, which is the word that follows. A dilemma is a two-way argument, formed by two opposite propositions, as far as the content is concerned, but having the same consequence, whatever is your choice. A dilemma can be considered as a false question, because it does not offer a real solution. Again *tertium non datur*. The resulting emotion is that of being part of a **fierce fight** (fierce comes from Latin *ferus*, wild beast, or from *ferre*, to let oneself get carried away) devoid of rules but at the same time enthralling. We see again the risk of being captured by an interest as much involving as oppressive because without development.

The final sequence of dense words –medicalize, social, become, sort, clinic - tries to introduce a change. We are confronted again with a dilemma, a conflict between two apparently opposite views of mental illness: a medicalizing perspective on the one hand¹⁸ and a perspective which emphasizes the

¹⁶ It must be considered the violence intrinsic to a movement which assumes in its own denomination the purpose of annihilating a disciplinary area.

¹⁷ Foucault's notion of “biopower” (Foucault, 1976) is significantly connected to his reflection on mental illness and more specifically on the contribution of psychiatry and psychology to a fundamental epistemological change. According to the author, in the Eighteenth century, madness revived under a new representation: as ultimate truth on the human being. While until the *âge classique*, madness had been kept quiet within the miscellany of the *deraison*, associated to mistake, nonsense, illusion, animality; from that moment on it becomes a matter concerning specifically the human being. As a consequence the latter becomes definitively, even in its interiority, an object of knowledge (and of political control) (Foucault, 1972).

¹⁸ The term “medicalization” has been largely used, within the contemporary debate on the interpretative models of mental illness, to point out the spread of psychiatric diagnostic categories for the explanation of more and more problems in everyday life, and the consequent risk of overlooking the social, historical and political basis of such problems.

social components on the other. The emerging question concerns the destiny (**sort**, from the Latin *sors-sortem*, destiny, fate, lot) of such binary oppositions as well as the need for an outcome, for a product (**become**, from old English *becuman*, means to happen, come about and also to meet with, arrive). At the closure of the repertoire, the **clinic** appears to represent the urgency and the possibility to anchor knowledge by a relational experience: the clinic is that part of medical examination and medical training which is carried out near the patient's bed (from Greek *klinè*, bed); it contains figuratively the action of tilting forward and of laying. The clinical competence seems to introduce an integrative, non-conflicting link between the medical and the social components of the intervention, since the relationship with the patient is in itself the principal method of knowledge and intervention. In summary, this cluster - representing mainly the experience of the research participants who work in academia, particularly the anthropologists - points out an important issue: the critical reflection on mental illness and psychiatry emerged within academia, over the last fifty years, has contributed to radically transform our relationship with some basic aspects of life, such as the body and the political role of medicine as science entrusted with acting on the body; at the same time such "critical" debate seems to be presently associated with very primitive and violent experiences of conflict, where one is prisoner of binary oppositions, called to join one part or another, within strongly self-centered dynamics. The potential clients, users of the scientific endeavor seem to be ignored, replaced by no-exit dilemmas which remain separated from life experience.

Cluster 4

As the previous cluster, also this cluster is positioned on the negative polarity of the second factor (fig. 2, down) in opposition to clusters 3. It is representative of approximately the 39% of the textual unites taken in exam; therefore it indicates the most largely shared experience among the research participants. Precisely because of such large significance, it does not show remarkable associations with any illustrative variable: it is weakly associated to the disciplinary areas of **social work**, **anthropology** and **psychology**.

The repertoire is characterized by the co-occurrence of the following dense words: to work (*hataraku*), psychology, problem, company, achieve, spread, work (*shigoto*), sick, physic, community_based, school, young, ask, happen, outside, emotion, desire, person.

It is the repertoire that most specifically focuses on the "clients" of mental health services and on a demand for care connected to problems of achievement.

The word work appears twice (since in Japanese there are two different words: one for the verb, the other for the substantive) and represents a cornerstone of the cluster. The kanji of the word *hataraku* (働く), **to work**, refers specifically to the Latin idea of *labor*: it emphasizes the transformative dimension of work, as effort – also physical effort – that generates effects, give birth to.

Follows the word **psychology**, *shinrigaku* (心理学) formed by the combination of *shin*, mind, heart, spirit and *ri*, reason: the Japanese word referring to the psychological sphere highlights an interesting problem of integration between an affective-spiritual-existential dimension on the one hand and a rational-logical dimension on the other. Both of them are essential mediators of the relationship with external reality – i.e. of our subjective understanding of reality - and of adaptation to social contexts (Matte Blanco 1998).

Then come the words problem, company and achieve.

Problem, *mondai* (問題) contains specifically the meaning of asking a question. **Company**, *kaisha* (会社) is formed by *kai*, to meet, join, gather, participate and *sha*, originally shrine, then firm, office (the same two kanji but in reverse order form the word *shakai*, society): this word indicates the importance of belonging to the company at the center of working experience. **Achieve**, *dekiru* (出来る) means a potential which finds the way to be expressed, to realize, put in effect, emanate: again we encounter a transformative experience, the generation of new resources.

This is a particularly meaningful sequence. For the first time within the cultural context that we are examining, we encounter actions and relationships aimed at achieving a product (in the previous clusters, the issue of mental illness was associated to family and hospital, both represented as social contexts apparently devoid of productive goals): here we find problems concerning work and specifically the purpose of adapting to, belonging to the workplace, by achieving results, by being effective. These problems are associated to the demand for an area of competence in particular: psychology.

Follow the words spread, work (*shigoto*), sick, physic, community-based.

Such demand is currently **spreading** across mental health services. As the cluster shows, this appears to be the result of a very interesting crossover between new forms of crisis that are concerning social contexts, such as workplaces, on the one hand, and changes in models and places of mental health care's supply, on the other: while sickness and health (as necessary counterpart) are more and more becoming crucial issues on the workplace, mental health services change their position and become more accessible for the community.

The word *shigoto* (仕事), **work** (subst.), underlines the experience of work as service (*shi*, means to serve, official, to attend): to provide a service being officially entrusted with it, to attend, to be present as a sign of commitment. The attendance as well as the performance of the worker on the workplace are compromised by sickness (*byousha*, 病者, this word specifically means the **sick person**). Sickness appears primarily as **physical** disorder. This is interesting because suggests how much the issue of mental health-illness must be experienced as something extraneous, alien on the workplaces: the demand for psychological intervention, related to problems at work, is assimilated to physical illness, like something more familiar, more acceptable.

The final words of the cluster are: school, young, ask, happen, outside, emotion, desire, person.

The development of **community-based**¹⁹ mental health services seems to trigger new demand also from another social context: **school**. In the word *wakamono* (若者), **young person**, the kanji of *waka* means young, if, perhaps, possibly, immature: once again the theme of a potential to be expressed appears, together with the dimension of **asking**, of the demand for.

Such recurrences specify that the central focus of this culture is the relationship with a “client”, that is someone who actively asks an intervention in relation to specific purposes or developmental tasks that he/she is experiencing. Similarly to workers, also concerning young people the main issue at stake seems to be the achievement.

Happen, *okoru* (起こる) contains the meaning of waking up, rousing, coming back to reality. How to integrate the external (**outside**) and the internal (**emotional**, *kanjou*, 感情) reality?

The words **desire** (in English) and **person** (*ningen*, 人間) point out the importance of the subjective experience. It is interesting to note that, from its Latin etymology (*de*, away from and *sidus-sideris*, star) “desire” means to turn away from the stars and stop looking for omens, thus recognizing one's own aspiration. It refers to the problem of considering the emotional sphere as something which separates from reality – an illusional-idiosyncratic dimension and therefore a potential source of conflicts - or as something that connects to reality – as subjective meaning founding one's own involvement in social contexts, actions, relations and purposes.

It seems more possible, more socially legitimated, for young people to express a demand for intervention related to the emotional sphere, to the sphere of subjectivity; on the contrary in the case of workers, psychological problems tend to be assimilated to physical disorders.

It must be noted that, in both cases, the cluster shows a tendency to move the focus of attention from the organizational contexts where problems arise (company as well as school) to the individuals: problems on the workplace tend to be assimilated to physical illness (concerning the sick person), problems related to the scholastic experience tend to become problems concerning personal emotions

¹⁹ The expression community-based corresponds to the Japanese words *chihou*, 地方 and *chiiki*, 地域.

and desires. The word person, ending the cluster, fully represents the core of the experience here outlined²⁰: in this emerging culture, achievement within the working environment is connected to the person, it is no more and not just a matter of adaptive and effective behaviors, but also of subjective meanings; the possibility to achieve results depends on the possibility to ask for, question, actively give meaning and share the meaning of actions on a subjective level, so to connect action and purpose. The novelty suggested by the cluster concerns a culturally meaningful link between subjectivity and product²¹. But how to deal with the subjective sphere within the working environment? Is it a matter which concerns exclusively the individual or does it rather include the relationship between the individual and the context? That seems to be the emerging challenge for psychology.

Cluster 5

This is the last cluster of our cultural space. It is positioned on the positive polarity of the forth factor (fig. 2) with a very high correlation, in opposition to cluster 3. It represents the 11% of textual unites. In terms of illustrative variables, it is significantly associated to the disciplinary area of **arts** and to the discourse of interviewees working both in **academia and mental health facilities**.

The repertoire is characterized by the co-occurrence of the following words: music, music-therapy, disability, art, improvisation, intellectual, organize, instrument, enjoy, play, future, parents, explain, good, child, depend, use, like.

As we will see, this repertoire has a strong internal coherence in terms of symbolic meanings.

Music, from Greek *moysikè (technè)* means everything concerning the art of the Muses, every art and science aimed at rousing the idea of likable and orderly things. **Music-therapy**: music has to mix with therapy when it deals with **disability**.

Mental illness in this cluster is associated to disability. This interesting cultural shift is grounded in the recent legislative development before mentioned: in 1995 the Mental Health and Welfare Law recognized mental illness as a disability and increased welfare measures within mental health care system.

Art, from Latin *artem* (from root *ar*) indicates the action of going, moving towards something, from which derive the meanings: to adapt to, to fit in, excellent because well composed, perfect as brought to perfection, things put in order according to a purpose. The artistic action, the way in which art moves to reach excellent compositions, is associated to **improvisation**: from Latin *improvisus*, not foreseen, unexpected, to act not in relation to a given, stated purpose. Art seems to match favorably with disability, since it is based on a movement towards excellence that does not start from given purposes. From a symbolic point of view, we could consider art as the counterpart of ability: the notion of ability refers to a normative model of performance, to a conformist way of adaptation; in arts, on the contrary, what counts is not the expected outcome, but the movement itself of going towards excellence, of pursuing it. The meeting between art and disability has the power to overturn our conformist view of adaptation.

Follow the words intellectual, activity, organize, instrument, enjoy, play.

This sequence is interesting because it shows how music-therapy intervenes on the problem of mental illness-disability by promoting experiences which restructure the symbolization of the problem.

The kind of disability focused on by this cluster is the **intellectual** disability: music-therapy responds to a problem concerning the intellectual sphere by proposing **activities**: from Latin *agere*, to do, act;

²⁰ Watsuji Tetsuro differentiates the Japanese notion of “*ningen*” (人間), from the Western “person”; while *ningen* can be used like its Western counterparts to denote the individual, it originally signified the betweenness of human beings. “We Japanese have produced a distinctive conception of human being. According to it, *ningen* is the public and, at the same time, the individual human beings living in it. Therefore, it refers not merely to an individual “human being”, not merely to “society”. What is recognizable here is a dialectical unity of those double characteristics that are inherent in a human being.” (Watsuji, 1996, p. 15).

²¹ See Kitanaka, 2012. Cf. De Munck et al., 2003.

the word indicates an experience based on action, on being agent rather than subjected to the other's action. **Organize** from Greek *organon*, instrument, organ; the organs are parts coming from different systems to form a whole, where each one has a specific function in relation to each other: so organize means forming a whole of interdependent parts. The word **instrument** underlines again the importance of the functional dimension. Music-therapy works with disability by proposing activities where the experience of organizing, combining, harmonizing differences is fundamental. Each one's contribution is not evaluated in terms of ability, as a quality intrinsic to the individual, but in terms of functionality for the performance as a whole.

Enjoy, from Latin *en gaudere*, make joyful. **Play** from West Germanic *plegan* (from root *dleg*) to occupy oneself about, engage oneself, and from Middle Dutch *pleyen*, to rejoice, be glad, take care of, cultivate. We encounter an experience of joyful engagement.

Finally come the words future, parents, explain, good, child, depend, use, like. The final part of the cluster focuses on the clients of the aforementioned experiences and on how the relationship with such clients is symbolized. The **parents** of the person with disability are here represented as a demanding client, asking for **explanations** about sense and outcome of the activities. The issue of the outcomes, of the product, is called into question: parents are concerned about the **future**; the joyful engagement experienced by their children by taking part in the musical projects is not enough.

On the one hand the musical experience seems to have a remarkable integrative and developmental power: a methodology based on improvisation allows to suspend normative expectations, thus to tolerate and value differences, variability, strangeness. On the other hand the relationship with parents follows another logic: the need for clear and predictable results, for anticipating the future, appears urgent.

Such ambivalence is related to a specific representation of the users: at the center of this culture we find the person with disability and particularly the **child**. This is a crucial point. While in cluster 3 (opposed to this cluster on the fourth factor) psychiatric action was represented as mainly addressed to people with schizophrenia and dementia (the latter presumably older people), here one deals with disability and childhood; this mitigates the experience of intolerable strangeness, of negative, expulsive stigma which is typically associated to mental illness. Childhood represents something good, cared, loved, close. **Good** means virtuous, desirable, considerable; from Proto-Germanic *gothaz* (from root *ghedh*, to unite, be associated, suitable) originally meant to fit, adequate, belonging together. Initiatives aimed at promoting the participation of people with disability to high quality (sometimes professional) artistic projects are recently spreading in Japan - like in many other countries - and are changing the social image of disability, making it more desirable and valued. When associated to childhood, disability inspires more hopes for development and at the same time a more demanding expectation on the part of families regarding the results of the interventions.

The word **dependence**, at this point, is a key-word because it represents both the experience of parents concerning the relationship with their disabled children, and the experience of artists and professionals who work in music-therapy projects: their work cannot be self-centered, on the contrary it depends on the negotiation with the client, the family in this case. Thus, the word dependence points out the strong client orientation that characterizes this cluster. By the expression client orientation we refer to a model of intervention based on the expectation that the intervention's result is not fixed *a priori*, on the basis of a certain technique or specialized knowledge, but it is strongly dependent (actually interdependent) on the relationship with the client: on the client's aims and satisfaction.

Follow the words use and like. **Use** recalls again the idea of functionality, of making use of something; it suggests an experience of productive, useful exchange. **Like**, from old English *gelic*, similar (from Proto-Germanic *galika*, compound of *ga*, with, together and *lik*, body, form) literally means with a

corresponding body, having the same form. It tells how much the experience of pleasure rests on the feeling of being close, similar within a relationship²².

Conclusions

The first significant discovery I made through this research concerns the conditions of the possibility of a shared symbolic heritage. The international and multi-linguistic framework of the research significantly influenced the participants' reflection and discursive production: thus, our study of the cultural representations concerning the problem of mental illness in Japan took advantage of a metaphorical and symbolic heritage that one could consider as trans-national and trans-linguistic. The language, each language, by its spread and practice, contributes to the generation of specific traditions of metaphors and symbols, available (for the speakers) in order to give meaning to experience. One question could be: does the international exchange increase the *thinkability* of experience? Could we assume it as a heuristic tool?

Such questions could be of interest in the field of languages and cultural studies as well as for a methodological cross-disciplinary reflection on comparative studies. As we have seen, a broad literature concerning Japan tends to deal with the problem of cultural differences by resorting to universalistic or essentialist solutions (see the paragraph *Introduction*). By carrying out this research project, I have become convinced that it is not a study on Japan, as an alleged cultural unity; on the contrary, it is a study on mental illness through the contribution of Japanese scholars and professionals to an international reflection. It must be considered that in our study the international exchange is not the research object but the research setting, its methodological tool – according to a psychosocial research methodology (see the paragraph *Methodology*).

The second emerging discovery could be synthesized as follows: the more one assumes an interdisciplinary perspective, the more it becomes evident how the cultural representations of mental illness are historically grounded (see the paragraph *The research context*). Within the constellation of repertoires produced by the textual analysis - each one illustrating different disciplinary viewpoints - we find significant references to some crucial points in the history of mental health care in Japan: the domestic custody and the meaning this practice acquired within the modernization of the country,

²² The enjoyment coming from art as experience of interdependence, coordinated movement - well outlined by this cluster - reminds of an extraordinary excerpt from Michel Foucault's *Histoire de la folie* on the importance of movement as rhythm, consonance with, typical of certain therapeutic experiences during the *âge classique* (Foucault, 1972, pp. 338-342). I give here the English translation of the excerpt by Richard Howard. «If it is true that madness is the irregular agitation of the spirits, the disordered movement of fibers and ideas [...] it is then a matter of restoring to the minds and to the spirits, to the body and to the soul, the mobility which gives them life. The animating idea of this therapeutic theme is the restitution of a movement that corresponds to the prudent mobility of the exterior word» (Foucault, 1972/1988, p. 173). Horseback riding, the rolling of the sea - the most regular and natural movement in the world – travel with its variety of landscapes as well as the imaginary voyages of literature and theater, are examples of such therapeutic idea of movement. «The therapeutics of movement conceals the idea of a seizure by the world of the alienated mind. It is both a 'falling in step' and a conversion, since movement prescribes its rhythm, but constitutes, by its novelty or variety, a constant appeal to the mind to leave itself and return to the world» (Foucault, 1972/1988, p. 175). Outside the experience of *deraison*, when madness becomes something concerning exclusively the human being (as psychological and moral entity), these techniques still remain, but with a completely changed significance. Modern "therapeutics" reduce the movement to a mechanism which generates isolation: «All that was sought was a mechanical effect or a moral punishment. It was in this manner that the methods of regulating movement degenerated into the famous "rotatory machine" [...] In this reinterpretation of the old method, the organism was no longer related to anything but itself and its own nature, while in the initial version, what was to be restored was its relation with the world, its essential link with being and with truth» (Foucault, 1972/1988, pp. 176-177).

between Edo and Meiji periods; the contemporary experience of the psychiatric hospital; what the anti-psychiatric movement meant and how Michel Foucault's thought influenced the academic reflection and production; the new demands and potentialities introduced by the spread of psychology within the mental health sector, starting from the Nineties; remarkably new experiences of social integration fostered by the fundamental contribution of arts.

Considering the limited number of interviews - in relation to the number of modalities for each illustrative variable - the research results are indicative of significant associations but further researches could increase the complexity of our understanding of the different disciplines' and professions' contribution to the cultural representation of mental illness.

I want to conclude the paper with an overview on the Local Culture as a whole (see the paragraph *Results*, Fig. 2, Tab. 1).

On the *first factor* of the factorial space, cluster 2 has showed the role of mental illness in the formation of the modern State: on a symbolic level the experience of modernity in Japan seems characterized by the encounter with otherness, with strangeness, where identity is called into question. In modern Europe as well, the problem of mental illness has been significantly linked to the theme of identity. In Italy, for example, the establishment of psychiatry as modern science - holding an autonomous corpus of techniques and categories - corresponded to a specific project of mental health. The human being was defined as an indivisible unit of consciousness and perception, and as such as a subject endowed of free will. Mental illness was depicted as a division, an internal breakup hindering subjective freedom (Fiorino, 2002). The problem of freedom has been and remains a central issue in Italian psychiatric thought. In Japan, on the contrary, one central issue seems to be that of belonging, of bringing back diversities to an order of social roles - for instance, between wife and husband - which might found and maintain a sense of identity. Such difference on the symbolic level appear to be related to a relevant difference on the historical level, as discussed above: in Japan the modernization of the country did not correspond to the rise of the psychiatric hospital, because for a certain time, the main institution for the care of the mentally ill remained domestic custody. While the project of psychiatry as modern science is fundamentally a project of emancipation, family, as we have seen, has a fundamental role in preserving the link to the past, the history, the tradition. It represents the need for being rooted in one's own past, that becomes even more urgent when one is confronted with the change.

On the *second factor* we encounter the two main components of Japanese contemporary mental healthcare system: psychiatry and the hospital, on the one hand (cluster 3); psychology and the community, on the other (cluster 4). These two clusters are the most significant ones within the Local Culture. *In primis*, cluster 3 highlights a change in the cultural representation of mental illness, connected to the rise of a psychiatric interpretation: while in the notions of *kichigau* and *kyouki*, mental illness means a powerful encounter with the difference, in the notion of *seishinbyou* the otherness appears assimilated, domesticated, explained as illness and incompetence. Furthermore, through the analysis of the cluster, we find out how the public/private division, so much at the center of the debate on Japanese mental health system, is actually a secondary question: what appears to be fundamental for the establishment and regulation of psychiatry's action today is the "social warrant", the punctual and strong reference to matters of importance at the national level. Unlike Italian psychiatry, that is currently passing through a profound crisis of its social image and role, Japanese psychiatry's action seems still strongly based on a demand on the part of the social system for dealing with its incapable members. The target groups are clear: people with schizophrenia as well as older people with dementia. The model of intervention appears clear as well: giving them protection, while protecting the social system from the breakdowns due to their incapability.

On the opposite side of the second factor, cluster 4 presents a completely different model of intervention, where the central focus is the relationship with a “client”, that is someone who actively asks an intervention in relation to developmental tasks that he/she is experiencing. The dynamic of asking is crucial in order to understand this culture: a new and increasing demand for psychological intervention is emerging from social sectors like the workplace and school (the places *par excellence* of productive action and preparation for productive action); as the cluster points out, the demand for care is mainly related to problems of achievement, not in terms of behaviors’ efficiency, but in terms of the subjective experience to achieve, the subjective possibility to give meaning to the endeavor one is taking part in.

Cluster 1 shows how the anti-psychiatric experience does not appear as a significant point of reference in the discourse of Japanese psychiatrists; on the contrary it proves to be an important issue for the study of psychiatry by other disciplinary perspectives – for example anthropology - and more generally for what this experience represented within the academic debate. The critical reflection on mental illness and psychiatry have been playing a fundamental part within the debate on the political role of sciences, or in other terms on the relation between what can be considered “nature”, therefore outside the political sphere of influence, and what can be considered “social”²³. By looking at the opposition between cluster 1 and 4, on the *third factor*, it becomes evident how such academic debate is suffering more and more for an highly risky impasse: the crisis in the subjective experience of achieving which is emerging in workplaces as well as in school could be connected with the cultural tendency of academia to close in violent and apparently no-exit fights between opposite views, where *tertium non datur*. This is relevant if we consider the critical role of university in the transition from education to work.

Finally on the *fourth factor*, the opposition between cluster 3 and 5 addresses the problems of diversity integration and of dependence within social relationships (how is vulnerability symbolized? How does a social system take care of its vulnerable members?). On the one hand, in cluster 3, psychiatry contributes to a symbolization of dependence as asymmetry of power: under this interpretation, a conformist framework of purposes (technically or politically sanctioned) is needed in order to categorize and deal with diversity. On the other hand, in cluster 5, arts – particularly music – contribute to a symbolization of dependence as interdependence: each one’s capability is not evaluated as a quality intrinsic to the individual, but in terms of functionality for the performance as a whole. Apparently freer, compared to clinicians, from the expectation to generate therapeutically or politically relevant changes, the main concern for artists who works with disability seems to be that of doing art, in an excellent way. Art seems to match favorably with disability, since it is based on a movement towards excellence that does not start from given purposes. This is not at all exempt from crisis, conflicts, negotiations. On the contrary negotiation is fundamental in absence of stated purposes. Family comes back as a powerful interlocutor, this time not for its role in preserving a link to the past – i.e. to tradition (cluster 2) - but as an agency concerned about the future of the person with mental illness, demanding to be informed by experts about the interventions’ results.

References

Asai, K. (1990). Mental health services in Japan. *Journal of Korean Medical Science*, 5(3), 117-126.

Breen, J. (2013). *WWWJDIC: Online Japanese Dictionary Service*. Retrieved from <http://www.csse.monash.edu.au/~jwb/cgi-bin/wwwjdic.cgi?1C>

²³ See Latour, 2009.

- Bucci, F., Campagnola, F., & Taguchi, K. (2014). Parole e luoghi della follia nel Giappone che si fa moderno: Intervista con Kazushige Shingu [The shifting place of madness in modernizing Japan: Interview with Kazushige Shingu]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 109-139. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Burns, S. (2003). *Before the Nation. Kokugaku and the Imagining of Community in Early Modern Japan*. Durham and London: Duke University Press.
- Burns, S. (2008). The Kokugaku (Native Studies) School. In E.N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2008 Edition). Retrieved from <http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/kokugaku-school/>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The emotional analysis of the text: A psychological tool to read texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [The Analysis of the demand. Theory and technique of the intervention in clinical psychology]. Bologna: il Mulino.
- Carli, R. & Paniccia, R. M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mental health services in Italy]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., Paniccia, R.M., Di Ninni, A., Scala, V., Pagano, P., Giovagnoli, F., ... Bonavita, V. (2008). La cultura locale dei centri di salute Mentale (CSM) in Italia [The local culture of Italian mental health centers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3 (Suppl.), 1-60. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Giovagnoli, F., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti, F., De Berardinis, ... Sparvoli, M. (2008). Servizi psichiatrici per la diagnosi e la cura (SPDC) del Lazio: cultura locale e indicatori di sviluppo [Psychiatric services for diagnosis and care in Lazio: local culture and development indicators]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3 (Suppl.), 61-67. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Cheng, A. (2000). *Storia del pensiero cinese* [History of chinese thought] (A. Crisma, Trans.). Torino: Giulio Einaudi editore (Original work published 1997)
- Cortellazzo, M. & Zolli, P. (1999). *DELI – Dizionario etimologico della lingua italiana* [Etymological dictionary of Italian language]. Bologna: Zanichelli editore.
- De Munck, J., Genard, J.L., Kutu, O., Vrancken, D., Delgoffe, D., Donnay, J.E., ... & Macquet, C. (2003). *Santé mentale et citoyenneté. Le mutations d'un champ de l'action publique* [Mental health and citizenship. Transformations in one field of public action]. Gent: Academia Press.
- Fiorino, V. (2002). *Matte, indemoniati, vagabondi: Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento* [Mad women, possessed people, vagrants. Dynamics of confinement in asylum between the Nineteenth and the Twentieth Century]. Venezia: Marsilio Editori.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique* [History of Insanity in the Age of Reason]. Paris: Editions Gallimard.
- Foucault, M. (1988). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason* (R. Howard, Trans.). New York: Vintage Books Edition. (Original work published 1972).
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir* [The will to knowledge]. Paris: Editions Gallimard.

- Gordon, A. (2003). *A Modern History of Japan. From Tokugawa Times to the Present*. New York: Oxford University Press.
- Harper, D. (2013). *Online Etymology Dictionary*. Retrieved from <http://www.etymonline.com/>
- Ito, H., & Sederer, L.I. (1999). Mental Health Services Reform in Japan. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 208-211.
- Kim, K.H. (2007). *The Age of Visions and Arguments: Parliamentarianism and the National Public Sphere in Early Meiji Japan*. Cambridge, MA: Harvard University Asia Center.
- Kitanaka, J. (2012). *Depression in Japan. Psychiatric Cures for a Society in Distress*. Princeton: Princeton University Press.
- Klein, E. (1971). *A Comprehensive Etymological Dictionary of the English Language*. Amsterdam: Elsevier Scientific Publishing Co.
- Kumasaka, Y., & Yoshioka, S. (1968). The Law of Private Imprisonment: Fifty Dark Years for the Mentally Ill in Japan. *American Journal of Psychiatry*, 125(2), 213-216.
- Latour, B. (2009). *Politics of nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Masao, M. (1974). *Studies in the Intellectual History of Tokugawa Japan* (M. Hane Trans.). Princeton: Princeton University Press.
- Matsumura, A. (1998). *Zoho shinsoban Daijisen* (増補・新装版大辞泉, "Enlarged and revised Daijisen"). Tokyo: Shogakukan.
- Matte Blanco, I. (1998). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Karnac books.
- Nakatani, Y. (2000). Psychiatry and the Law in Japan: History and Current Topics. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 589-604. DOI:10.1016/s0160-2527(00)00061-3
- Radich, M. (2011). *How Ajatasatru Was Reformed: the Domestication of "Ajase" and Stories in Buddhist History*. Tokyo: The international Institute for Buddhist Studies.
- Rickter, D. (1999). Chronic mental illness and the limits of the biopsychosocial model. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2, 21-30.
- Shingu, K. (2008). Psychoanalysis and regulation in Japan. In I. Parker & S. Revelli (Eds.) *Psychoanalytic Practice and State Regulation* (pp. 133-143). London: Karnac Books.
- Suzuki, A. (2003). A Brain Hospital in Tokyo and its Private and Public Patients, 1926-45. *History of Psychiatry*, 14(3), 337-360.
- Thornicroft, G., Tansella, M., Law, A. (2008). Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry*, 7, 87-92.
- Totsuka, E. (1990). The history of Japanese psychiatry and the rights of mental patients. *Psychiatric Bulletin*, 14, 193-200. DOI: 10.1192/pb.14.4.193.
- Vlastos, S. (Ed.). (1998). *Mirror of Modernity. Invented Traditions of Modern Japan*. Berkeley, CA: University of California Press.

Watsuji, T. (1996). *Watsuji Tetsuro's Rinrigaku: Ethics in Japan* (Y. Seisaku & R.E. Carter, Trans.). Albany, NY: SUNY Press. (Original work published 1937)

OECD (2013). *Mental health and work: Belgium*. OECD. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187566-en>

The shifting place of madness in modernizing Japan: Interview with Kazushige Shingu

Fiorella Bucci, Francesco Campagnola, Kaori Taguchi***

Abstract

The authors present an interview with Kazushige Shingu, full professor at Kyoto University and eminent contributor to the field of Lacanian studies in Japan. By analyzing the words and the places connected to the cultural and social definition of mental illness, throughout Edo and Meiji periods up to the present, Shingu provides a comprehensive view of the symbolic meaning acquired by madness within the national identity formation process in modernizing Japan. The interview starts and ends with a reflection on subjectivity, as the experience of recognizing one's being in relation to the world. Shingu discusses the notion of subjectivity, reading elements of the psychoanalytic theory in the light of the Sino-Japanese tradition.

Keywords: mental illness; modernity; Japan; psychoanalysis; subjectivity.

· Ghent University, Department of Languages & Cultures, Center for Intercultural Communication and Interaction (CICI). The interview here presented was conducted by the author within a research project funded by a Canon Foundation in Europe research fellowship, and as associate foreign researcher at the Sociology Department of Kyoto University. fiorella.bucci@gmail.com

· Ghent University, Department of Languages & Cultures, Japanese Studies. The author has been the recipient of Postdoctoral Fellowship for American and European Scholars PE11008 by the Japan Society for the Promotion of Science and of Japanese Studies Fellowship 23RE1092 by the Japan Foundation. francesco.campagnola@ugent.be

*** Kyoto University, Graduate School of Human and Environmental Studies. Research Fellow, Japan Society for the Promotion of Science.

Introduction

Kazushige Shingu is full professor of Human and Socio-Cultural Studies at the Doctoral School of Human and Environmental Studies in Kyoto University. Psychiatrist and psychoanalyst, his research focuses on psychopathology from a psychoanalytical perspective and he has long been engaged in the development of Lacanian theory and clinical practice in Japan (Shingu, 2004; 2008; 2009; 2010).

The following interview was conducted as part of a research project on the cultural representations of mental illness in contemporary Japan, aimed at providing the basis for a comparison with the culture of mental illness in Italy (Bucci, 2014). The research involved scholars and professionals from various disciplinary areas and fields of practice in order to collect different interpretive perspectives and experiences of intervention on the problem.

We would like to highlight here a feature that emerges from our research - especially from this interview – and, in our hopes, could offer an interesting contribution to the reflection on interpretative models of mental illness, which is the focus of this Special Issue of *Rivista di Psicologia Clinica*. We asked Professor Shingu and the other research participants to reflect with us on the representations of mental illness in Japanese society, exploring the socio-historical contexts in which these representations originate. Within this analytic framework, many interviewees identified a specific moment of Japanese history as a turning point: the years of Meiji Restoration. This is interesting when compared with the discourse of Italian scholars and professionals of the sector, in which the historical period, emerging as the crucial turning point in the social representation of mental illness in Italy, is located in the Seventies. Still today this decade above all others continues to be evoked as a benchmark for Italian psychiatry.

One question is: what does the Meiji period represent on a symbolic level, or, more specifically, within the dynamics of symbolic construction of national identity? According to Shingu's interpretation, it was the moment of Japanese history when Japan started an intense and fast process of modernization which meant adhering to the rationality of western scientific, economic and political models. Mental illness as madness, insanity, irrationality was expelled, erased from the new modern State and confined into the *zashikirō* 座敷牢 (closed space inside the family house). Other scholars gave us an interpretation which emphasizes more the continuity with the past that characterized the Meiji period. The *zashikirō* belongs to a long-lasting practice of home custody of mental illness. It is the symbolic trace of a wider system of social practices and structures from Edo Japan that persisted through the Meiji change because of their social effectiveness and significance.

The social spaces and meanings associated to mental illness in Japan reveal a vital polysemy that we are not interested in resolving, but rather in exploring and understanding further through this paper.

The second dimension raised by the interview, and fundamentally linked to the questions addressed by this Special Issue, concerns the relationship between subjectivity and identity. Shingu offers a fascinating point of view on this issue, by integrating psychoanalytic theory and Sino-Japanese tradition.

The interview was conducted through several meetings. The conversation has been both in Japanese and in English. Here we present the interview divided into two parts.

Part one

We invite you to think of your studies and professional experiences concerning the problem of mental illness in Japanese society. Would you discuss with us your reflection on this problem?

First of all, according to my experience, the process of perceiving (*chikaku*) in patients with schizophrenia is something immediate, assimilating and undifferentiated. For this reason, when I talk to these patients I must adjust to a very peculiar kind of logic (*rikutsu*). I have always wondered where human subjectivity originates and especially, when it breaks into pieces, why does this happen? When such break occurs at the individual level, we could say it happens as a brain disorder, but if it occurs at the social level, perhaps we should say that it is the society which breaks into pieces.

Patients with schizophrenia tend to believe that their thoughts are completely known outwards. Each of us in some occasions may believe his/her thoughts are known by someone else, but the process is quite different: if we had the impression that someone appropriate our thought, we would think to have been plagiarized (*hyōsetsu*); instead when this happens to patients with schizophrenia, they think their thoughts have been stolen (*torareru*), in the sense that the thoughts do not exist anymore inside the patient. Patients may believe that their thoughts have been put into a machine from which their own voice comes out. Certainly this is a distressing experience. When the patient thinks to do something or that he wants to do something, just before starting to act, he hears a voice which tells him that he is going to do that specific action. When you have a purpose, in the instant just before the realization, the voice comes. For example if you are thinking to go to the bathroom, the voice says: “I know that you are going to bathroom, go” or “do not go”. This is of course a hallucination (*genchō*). We have talked about the hearing capacity, but in other cases the problem concerns the sight. Some patients believe that someone has put a camera inside their eyes. Therefore it is not the patient to look but rather those who have put the video camera inside his/her eyes. As if it were an open prison (*hirakareta rōgoku*)¹. This is an experience of invasion of the subjectivity and if such experience became continuous, human being would not be able to act anymore.

I think there has always been a question for human beings, that is: can we really decide about the things that concern ourselves? Is there an answer to this question? Probably not. Because you can never say whether what you think about yourself is right or wrong, according to Wittgenstein’s thesis².

¹ Here Kazushige Shingu discusses some examples of the patients’ relationship with their own thoughts. At the center of the problem there is the experience that one’s thoughts are not one’s own any more. Thoughts are controlled by an internal persecutor who knows in advance each of our purposes. The prevailing experience is not that of being subjected to an external oppressor who gives orders but rather is the anguish of being ceaselessly under control, the annihilation of intimacy. Such experience is referred by Shingu as an open prison (possibly in association with Michel Foucault’s image of the Panopticon).

² Here Shingu has probably in mind the famous passage of *Philosophical investigations*: “I can know what someone else is thinking, not what I am thinking. It is correct to say ‘I know what you are thinking’, and wrong to say ‘I know what I am thinking’. (A whole cloud of philosophy condensed into a drop of grammar).” (Wittgenstein, 1953, p. 222). Wittgenstein’s argument, which has received various interpretations, is a rebuttal to solipsism. Basically Wittgenstein reminds us that the validity of language (and therefore of each statement) depends on the contextual nature of ‘grammar’ as a set of rules which founds the meaning of what we say,

In my mind the human word and the structure of human thought have not significantly changed from the past. Therefore if the hypothesis of a human powerlessness toward the self-reference possibility is right, after all we understand that human subjectivity is an immense construction.

I am interested in the problem of human subjectivity, especially in how subjectivity is made throughout history. The theme of subjectivity is currently widely discussed: Lacan, likewise Wittgenstein, has proposed a reflection on this issue. There has been also a time when one believed in God's omniscience and omnipresence, but now it is impossible to return to that time. This is an across-the-board tendency, not a characteristic of Japan.

There are other things that I could say but for the moment I suggest to go on with the next question.

According to your experience, which are the main issues and aims towards which scholars and professionals who deal with mental illness in Japan are currently pointing their efforts. Could you compare the present situation with the past?

This question is important for me too and I should say that the current situation is quite confused (*konran*), for the coexistence (*kyōzon*) of many different models and thoughts. When one deals with both the body and the mind there are multiple levels to be considered, thus on which one should we primarily focus? Currently, listening to the patient's experience is considered as a part of the treatment. Listening is connected to the choice of the treatment, since we have to listen to the patient in order to prescribe the right medicine. Nonetheless cooperation between psychiatry and psychotherapy is still far away while the trend towards pharmacotherapy is prevailing. Basically, today, one listens to the patient's experience only in order to choose the right medicine to prescribe; apparently there is no other purpose. I see the possibility to go beyond this, but the methodological awareness (*hōhōronteki ishiki*) which would allow to pursue such possibility seems to be still missing. In my work with my patients, listening to their experience, giving accurate answers and interpretations, as well as the possibility for them to understand what I say, are my principal aims. When I started working as a psychoanalyst, I did not imagine that I could have worked with persons with delirium (*sakuran*).

To what extent do you think psychotherapy is currently employed in psychiatric hospitals and community mental health services?

Psychotherapy is substantially absent in community-based services (*kyōdōtai*). Specialists in social work or voluntary employees with good intentions normally work in these facilities, but it is difficult to find Japanese psychotherapists who are willing to participate in such initiatives; they are not motivated in this sense, because they should volunteer. It is the same with the psychoanalysts. Japanese community mental health services are managed by NGO which receive funds from the local government (*jichitai*) and are oriented to employ neither psychotherapists and psychoanalysts, nor medical specialists. Thus I would say that the current situation is quite bad (*mazushii jōtai*). In my opinion it would be ideal if community interventions used psychotherapy and psychoanalysis. I do not know what is the situation in Italy like, but, as far as Japan is concerned, I am convinced that a

raising from the (relational) action of expressing oneself. However, the limits of *self-knowledge* and of the possibility to distinguish true from false, when the 'I' appears as subject in a proposition rather than logical object, are not empirically verifiable. An emblematic example is the assertion 'I know that I am feeling pain' versus the assertion 'I have a broken arm'. Only in the second case the phrase's content can be thought in terms of true or wrong because 'I' can be logically substituted with 'my body', that is an empirically verifiable object. Differently, the first statement remains a non-verifiable case of private language. According to Wittgenstein it is equivalent to a lament.

reduction in the number of psychiatric hospitals would increase the employment of specialists in other services.

Private medical clinics which offer daycare assistance and employ clinical psychologists are recently increasing. In these clinics, patients are referred to the clinical psychologist by the doctor when the latter judges it necessary. In this way cooperation comes to be established. Thus, clinical psychology is somehow gaining a role within medical doctor's line of action.

By comparing the past to the present, you can observe some relevant changes. First of all, as I said, private clinics have been spreading; secondly, admissions to psychiatric hospitals are now based on more selective and accurate criteria. I cannot date exactly this trend, but we can look at the number of new cases of schizophrenia admitted in hospital each year. The overall number of psychiatric admissions has apparently not changed, but inside this data, the number of in-patient with schizophrenia is decreasing, while the number of in-patients with dementia is increasing. In the '80s, the World Health Organization released a recommendation in which it pointed out the poor quality of Japanese psychiatric hospitals³. Today, the quality of care in the hospitals has been improved, communication with the outside world has become easier and as a consequence it is also easier to protect human rights. The number of in-patients apparently has not changed from the past, but the quality of treatments is higher.

In your opinion, were there changes in the social image of mental illness during modernity and contemporaneity? If this is the case, could such change be connected to other developments which concerned Japanese society?

In Japan, there is a major difference between modernity (*kindai*) and contemporaneity (*gendai*). As you know, modernity begins with the Meiji Restoration's period⁴ (*Meiji Ishin*), while contemporaneity originates after WWII. We Japanese have a very different image of the two eras, before and after WWII. In Europe is customary to consider the First World War as the beginning of contemporary age, while for us in Japan WWII is more important, more meaningful.

In order to discuss the social image of mental illness in Japan, I will assume Meiji Restoration and WWII as the two age junctures (*kugiri*). Japanese modernity has been something different (*chigau*) from European modernity. In Japan, the image of mental illness during the modern age could be considered as an extreme (*kyokutan*) version of the modern European one. During Meiji Restauration,

³ Under the pressure of international bodies, in 1987 the Japanese parliament approved an important reform of mental health system through the New Mental Health Act. By introducing the notion of 'voluntary admission' to hospital for mental health problems and starting measures related to the protection of patient's human rights, this law marked a significant cultural change. See Totsuka (1990). Within this Special Issue, see Bucci (2014).

⁴ In this part of the interview Kazushige Shingu refers to periods of Japanese history the dates and the most important features of which we give here. Meiji Era is the period which runs from September 1868 to July 1912. The expression 'Meiji Restauration' defines the complex historical process which led to the formal restauration of the imperial power (the era takes his name from the Meiji Emperor) and put a violent end to the Tokugawa shogunate. The international historiographic tradition has also called the event 'Meiji Revolution' and 'Meiji Renewal'. From those years, the Japanese governing elite started a process of intense modernization of the country on the model of the United States and the major European Powers.

The Edo Period (from the then capital's name, Edo) or Tokugawa Period is the period which runs from 1603 to 1686, during the shogunate (military government) of the Tokugawa family.

The Shōwa Era, which is mentioned by Shingu in a later part of the interview, is the historical period corresponding to the reign of Shōwa emperor Hiroito (December 1926 - January 1989).

the Japanese suddenly felt the necessity to catch up (*oitsukanakya ikenai*) with the European world. Now, you must know that already during the Edo era there was the awareness (*ninshiki*) that madness (*kyōki*) meant a disease (*yamai*), but, once Meiji period began, there was no room anymore for such awareness to develop spontaneously. It was established that mental illness was a form of illness, and as such those who were affected by it had to be cured as patients. Once the decision to cure patients was taken, those patients had to become modern and clean (*kirei*⁵) men. Japanese people had to be rational (*riseiteki*), beautiful, similar to the European. Psychiatry's role was to render people rational and clean so that they can live in a rational and clean society.

As far as the incurable (*naoranai*) patients are concerned, especially those who behaved irrationally, the situation was different. Being irrational, they had to be hidden, eliminated (*haijo sareru beki*). Such tendency was certainly present in the European society as well, but it manifested itself (*arawareru*) in an extreme way in Japan. I would say that, during those years, the image of the irrational things came to be associated to the shared image of pre-modern Japan before Meiji Restoration, i.e.: the image of something old and inferior. Thus, in other words, mental illness and the image of the inferior are connected. In many cases, the modern spirit produced the isolation (*kakuri*) of patients with mental illness inside the mental hospital. Differently in modern Japan a culture of the hospital did not develop (*hatten*); albeit there was a tendency to isolate the patients, this happened according to an old social system. For instance, through the *zashikirō*. *Zashikirō* was a kind of room-prison whose tradition (*dentō*) is extremely ancient. Normally community was responsible for this culture of domestic confinement, but later on the government itself recognized (*mitomeru*) it officially.

If I understand correctly, western psychiatry spread on a theoretical level, while ancient practices remained in use.

Yes, exactly. There had been no hospitals for mental illness; rather than creating the hospital, they went back to that old way of isolating patients and decided they had no use for madness in the new modern Japanese society. Madness was recklessly considered as something old, obsolete, not modern. I have studied the cultural representation of mental illness and I think that a characteristic of that age was the process through which madness has been more and more likened to, confused with, identified with something old, old and incomprehensible, practically incomprehensible, something creepy in a Japanese way; all this, all these aspects were associated to madness. In terms of cultural representation, the old became strongly associated to madness in modern Japanese society.

Of course this is a very schematic explanation and, moreover, it does not take into account the symbolic implications inherent to that time. I would like to cite three cases (*jiken*) which had an important symbolic value. First, the real condition of *zashikirō* (home arrest); second, the vicissitude of the word *kichigai* (erroneous spirit) - his word is a discriminatory word, so it is in no way justifiable to use it in a contemporary context, but historically it is necessary to examine it because it had a prevailing popularity in past-time Japan - we have to reflect about the etymology of the word -, third, the Soma incident (Somajiken).

Zashikirō was widespread; Japanese old style households had a space for the *zashikirō*, because in those days housing units were big enough to contain a detention room. Many patients could work in the fields and therefore were not kept in the *zashikirō* all the time, but only when they had a crisis. During Shōwa era, even after WWII, *zashikirō* still existed. Usually, patients stayed at home and,

⁵ The word *kirei* (奇麗 o 綺麗) expresses three different meanings which are hardly translatable in any European language with a single term: pretty/lovely/beautiful/fair, clean/clear/pure/tidy/neat, complete/entire.

when they became noisy, other members of the family locked them away in the *zashikirō*. *Zashikirō* was not very large, and normally it could contain one patient only. I would like to make an example in order to highlight an aspect of the *zashikirō*: in Edo period a patient affected by hallucinations killed his wife. He was not sentenced (*tsumi ni towareru*) to death nor formally considered guilty, but locked away in the *zashikirō*. Family was responsible for the patient, not the state.

Let us now consider the second case: the word *kichigai*. Today, that is a word that one should not use anymore, since it has acquired a discriminatory value. Etymologically, *kichigai* means 'the spirit, the mind is different'⁶.

The term *ki* represents an original idea of the East. *Ki* could mean air, gas or atmosphere, but it can be the *kokoro* - mind-heart, spirit-soul - as well. It belongs, at the same time, to the conceptual sphere of air and to that of mind-heart. In Japan, there is a common saying, *ki ga kiku*, that can be translated in English as 'he can use ki', that is: 'he is tactful'. *Ki* is a means, a channel, a vehicle in human relationship (*ningen kankei*), some sort of ether. When one says *kichigai*, one must understand, as we observed, mind's being different or a change in soul's or spirit's qualities. Thus, *kichigai* could have originally been a neutral expression which became discriminatory nonetheless. Such thing probably happened because in modern Japan European thought has been received in a peculiar way.

When one says *kichigai*, the cause of mental disorder lays in human relationship. *Ki* is an ambiguous but important thing which has been a fundamental element of Eastern culture. *Ki* could be a concept that has a supernatural background for madness. However, in Japan, there had been another supernatural model for madness, according to which mental disorder is not the product of human relationship, but of being possessed by an evil spirit - in Japanese, *mono ga tsuku*. It is an ancient idea that is still present in our society. Here we have the word *mono*. *Mono* is a supernatural phenomenon and thus does not lay on the same level as *ki*. In Japan there is an idiom - 'to be possessed by a fox' - whose roots lay in folklore. The Japanese were used to believe that foxes had a special force, and, before that, there was the belief that wolf had a special power since the wolf is stronger than the fox. By the way, have you ever been to Inari Jinja⁷? There one can see simulacra, statues (*goshintai*) of foxes, miniatures of fox deities which resemble wolves rather than foxes. I reckon that that area was originally inhabited by people which worshipped the wolves and that, only later, they were supplanted by another tribe who did not want the defeated predecessor to worship wolves and made them to shrink into foxes. Anyway, this is just a conjecture. In any case, we can say that the idea of being possessed by animals - foxes or anything else - was originally the main explanation for mental disorder and that, little by little, it faded away, while people began to consider human relationship as the cause. I find, with Susumu Oda, who wrote an interesting book on Japanese history of madness, that this shift from *mono-tsuki* to *ki-chigai* is an important turning point in the representation of

⁶ The word *kichigai* is made up of two kanji: *ki* 気 spirit, mind, air, atmosphere, and *chigau* 違 〇 to differ. the concept of *ki*, which originates in China's arcaic culture (*qi*), can be translated as 'breath', but implies a specific intellectual tradition of East Asia. An immanent principle and a constant flux of vital energy, the *qi* is defined by Anne Cheng as follows: "Spirit and matter together, the breath guarantees the living beings' organic coherence at all levels. As a vital flux, it is in constant circulation between its undetermined source and the infinite multiplicity of its manifested forms. Human being is not only animated by it in all his aspects, he also draws from it his criteria for values as well as for moral and the artistical orders" (Cheng, 2000, p. 21, *our translation*).

⁷ The *Fushimi Inari Taisha*, situated in the town of Fushimi, South of Kyoto, is one of the most important places in Shintoism. The shrine is dedicated to Inari, god of fertility, rice and industriousness. There is a traditional connection between the divinity and the foxes, which are considered as his messengers. Many simulacres of the animal are present in the Fushimi shrine.

madness in Japan. The modern accentuation of human relationship as a cause of madness may have been based on this shift, and have made the word all the more discriminatory. The word *ki* is still prevalent in an exclusionary attitude in Japanese people - *Ku-ki ga yomenai hito* (“KY”) - a person who cannot read the air⁸.

Soma is the name of a fief (*han*⁹); the feudal lord of Soma was affected by a mental disorder and was therefore locked in the *zashikirō* where he died from diabetes¹⁰. One of his ministers reckoned that the whole thing was a conspiracy organized on the part of the Meiji government. This minister thought that his lord had been imprisoned in the *zashikirō* and killed in a persecution against the fief of Soma. Public opinion (*yoron seron*) was sympathetic (*kanjōtekina dōjō*) towards the minister, and I think the reason for this is the antipathy (*hankan*) for the Meiji government. The debate concerning this event and the ensuing trial went on for a long time, and eventually the Meiji government decided to reform the way mental disorder were taken care of (*mendō wo miru*), that is, tried to regulate who was supposed to be responsible for patients with mental illness.

Do you know the concept of *han*? In Japanese, the concept of *han* (fief) and *ie* (house, family) show considerable similarities. *Ie* could be considered as a miniature of *han*, as *han* could be an enlarged version of *ie*. During Edo period, under *Bakufu's* regime, *han* and *ie* controlled the patients with mental illness. Do you remember what I told you about a patient who killed his own wife? I said that he had been given to the custody of his family and house, and this meant that he was a ward of the fief. Following Soma incident, the awareness that mental illness was a responsibility of the State emerged in Japan. The seriousness of Soma incident had a huge political impact. As a consequence of it, the State was forced to face the problem of setting a dividing line (*bunkiten*) between madness (*kyōki*, 狂気) and sanity (*shōki*, 正気). Such event was very important for psychiatry, a major change. That is the moment in which Japan modernized itself, that is: it passed from being a feudal State to being a modern State. Nonetheless, as Japan did not build large hospitals like European States did, the transition remained incomplete, stuck halfway. The incomplete was forced into the *zashikirō*. Then WWII began and, from then on, everything changed.

As of today almost no *zashikirō* is left, but their ruins (*zangai*) remain in a rare occasion. We do not use them anymore, but the spaces that were used as *zashikirō* are still recognizable there. If one goes to Iwakura, today a suburb of Kyoto, one can understand the history of mental illness (*seishin shikkan*) from modern to contemporary age. In old days, some mentally ill patients were sent to Iwakura, as if they were foster children, where they were treated and worked in big farmers' houses. This practice is said to be a possible model for a therapeutic community. When we entered in the contemporary age,

⁸ Expression which means an unperceptive person who can't read between the lines, who is not able to read the 'atmosphere' of a conversation.

⁹ *Han*, during Edo Period, was the fief of a daimyo (land-holding lord). Subject to the nominal authority of central government (*bakufu*), every *han* was an autonomous entity with its own military, independent economy, custom taxation and system of roads. Under the third Tokugawa's shogun Iemitsu (1604-1651), the power of central government on daimyo was considerably extended. Iemitsu introduced the system of alternate attendance (*sankin kōtai*) which required each daimyo to maintain a second residence in the capital and to reside there annually for a certain period. According to the same system, the wives and the sons of the daimyo were to reside permanently in the capital, including the periods in which the daimyo was in his fief. This allowed the *bakufu* a stronger control over daimyos, generating high expenses for the latter and, as a byproduct, the development of settlements and commerce along the roads connecting the fiefs to the capital (Gordon, 2003).

¹⁰ Soma Tomotane (1852–1892), Last lord of the fief of Namakura and of the Soma clan (see, Kumasaka & Yoshioka, 1968).

hospitals' and patients' number increased and the awareness (*ninshiki*) concerning mental illness intensified.

The word *kichigai* remained in use after WWII as well for some time, but today is rarely heard as it is considered discriminatory language. Nowadays Japanese public opinion is convinced that mental illness is a disease affecting the brain. Today I think that our goal should be to examine this fact more in profundity.

The change of meaning of kichigau, from a word that expresses a difference to a word that expresses discrimination, is very interesting.

When one uses the expression *kichigai*, the word *chigau* [different] has negative meaning. Though, there are many positive uses for the word *chigau*. For instance, "to have a slightly different flavour" (*hitoaji chigau*), or "a man who knows the difference" (*chigai no wakaruru otoko*). The former was used for advertising at first a *miso* soup, and the latter for a brand of coffee. We can say that the Japanese comprehension (*ninshiki*) of the term *chigau*, that is of the term difference, is very different from that of the west.

I just remembered the words of a patient which, I think, are enlightening.

This person was in a very bad condition - she was in a state of profound stupor - and she told me: "Now everything is different; I feel different. Please, tell me how I can return to the original state". In this case the word *chigau* is not used as an adjective, but as a verb: "*chigatte shimatta*", "I ended up being different". I think that the word *chigau* brings with itself an intense force (*kyōretsu*). The Japanese society, during Edo period, was trying to modernize in its own way, but with Meiji Restoration the process accelerated. The form of the western modernity was built hastily, as a mere facade (*hyōmenteki*). It was inside such frame that the word *kichigai* exerted a great influence on the image of mental disorder in Japan.

Part two

In some of your works, you have proposed a reflection on the notion of subjectivity within the psychoanalytic theory and practice, as you mentioned at the beginning of this interview. Furthermore the relationship between subjectivity and public sphere has been the object of a vast debate among Japanese scholars and intellectuals after WWII¹¹. Could you share with us some further thoughts on this point?

You should know the famous tale of Zhuang-zi¹² (*Sōshi* in Japanese), the ancient Chinese philosopher who, waking up from a dream, did not know whether it was Zhuangzi who had dreamt he was a

¹¹ Subjectivity (*shutaisei*) was a key word in the cultural and scientific debate in Showa era Japan. Notably, it was the centre of a heated discussion born of the fall of prewar political and social order in opposition to the theories on subjectivity developed by scholars who had supported the militarist government, such as the Kyoto School. The question of defining and creating an autonomous, proactive subject was perceived as intimately related to the need for reaching complete modernization. In order to create a society which was truly and thoroughly modern, instead of superficially modernized like prewar Japan, it was necessary to give shape to a new, clearly defined and internally coherent, subject. See Koschmann, 1996.

¹² Zhuang-zi, Chinese philosopher who probably lived around the 4th century BC, during the Warring States period. He is credited with writing the work known by his name, which is considered one of the most influential texts in Taoism. Actually the *Zhuang-zi* is divided into two parts which were apparently written by different

butterfly, or a butterfly had dreamt she was Zhuangzi. This is a classic and widely quoted example of the relativism which informs Eastern view of subjectivity. It offers a very general idea of the difference between Eastern and Western subjectivity, since it tells something about the difference between dreaming and wakefulness. This is an important point also for psychoanalysis considering that in the psychoanalytic session the patient usually talks about his/her dreams. “Yesterday I made a dream”, the patient says, without knowing why he/she is remembering that dream. Certainly the experience of remembering a dream is related to what the patient is talking about during the psychoanalytic session, concerning his/her life, history and environment. At the awakening one cannot immediately say why one has made that dream and why such dream means something important. But during the psychoanalytic session one can get closer to the reason. The world the patient is creating by talking about his/her life and environment is structurally connected with the world of dream: this is the reason why during psychoanalysis one can easily remember dreams, more easily than during ordinary wakefulness. The psychoanalytic subjectivity is therefore revealed when the patient, talking about him/herself, gets closer to the his/her dream world. As Lacan says about Zhuang-zi, the subject of dream is tightly related to the psychoanalytic subject. Lacan talks about the tale of Zhuang-zi in seminar N. 11. He is interested in the transition from dreaming to wakefulness and quotes an example reported by Freud. Freud writes about a dream told by a patient, who had attended a conference where one of the lecturers had talked about this dream. It is really indirect: a lecturer during a conference talked about a dream, Freud’s patient heard it and told it to Freud, Freud wrote about it in a book, Lacan finally talked about this dream. It is the well-known dream of the burning child. A father who recently had lost his son because of a fever, made a dream during the grief. Soon after his son’s death, he was lying on his bed, the child’s corpse was in the room next door. In his dream, the child grabbed the father’s arm and said: “Father, can’t you see I am burning?”. The father immediately woke up and ran into the room next door to find that a candle had fallen over and really set fire to his son’s shroud. This dream gives us the feeling that something similar to a telepathic exchange might have happened between the father and the son. Both Freud and the lecturer in the conference gave a quite reasonable explanation for this dream, but we cannot still say why it sounds so touching, so upsetting. This is the central theme of the last chapter of Freud’s *The interpretation of dreams*¹³.

authors (‘inner’ and ‘outer’ chapters). In particular Guo xiang (c.252—312 C.E.), the most important commentator of the *Zhuang-zi* and responsible for the arrangement which later became the canonical version of the text, was the author of relevant changes (Robinet, 1993). The well-known passage of the ‘butterfly dream’ is in the second chapter, within the section which critics have often attributed to Zhuang-zi himself. We give here the full passage, according to the Columbia University Press 1968 edition: “Once Zhuangzi dreamt he was a butterfly, a butterfly flitting and fluttering around, happy with himself and doing as he pleased. He didn’t know he was Zhuangzi. Suddenly he woke up and there he was, solidly and unmistakably Zhuangzi. But he didn’t know if he was Zhuangzi who had dreamt he was a butterfly, or a butterfly dreaming he was Zhuangzi. Between Zhuangzi and a butterfly there must be *some* distinction! This is called the Transformation of Things.” (Zhuangzi, 1968, p. 49).

¹³ The seventh chapter of *The interpretation of dreams* starts with the narration of a dream which Freud describes as a typical dream although it shows some peculiar features, diverging for some aspects from his theory on the function and the process of dreaming as realization of a desire. Freud says: “So far, we have endeavoured mainly to ascertain wherein the secret meaning of the dream consists, how it is to be discovered, and what means the dream-work uses to conceal it. In other words, our greatest interest has hitherto been centered on the problems of interpretation. Now, however, we encounter a dream which is easily explained, and the meaning of which is without disguise; we note that nevertheless this dream preserves the essential characteristics which conspicuously differentiate a dream from our waking thoughts, and this difference demands an explanation” (Freud, 1899/1913, p. 404). According to Freud’s interpretation, the dream fulfills the father’s wish to prolong

The subjectivity is between the child and the father and the patient and the lecturer. We could even say that the subjectivity might be extended to a famous ballad of Goethe, the German philosopher, later used as the text for a lieder by Franz Schubert¹⁴. In this song a father is riding on horseback at night, holding his young son in his arms. The child is gravely ill and has a high fever; the father is rushing to look for a doctor. Being stricken by hallucinations, the child says: "Father, do you not see the Elf king? He is waving at me and invites me to go with him. The king's daughters call me to play with them". The father says: "No, my dear son, it is a willow waving in the wind and that is the sound of the wind". So the father thinks his child is having a hallucination, but for the child that is something real. Once they arrived at the town, the son was dead. Full of regret, the father said: "If I could understand that what he was saying was real, I would have been able to rescue him". In this sense the father and the son were sharing the same hallucination. There is the possibility to share hallucinations between a sick and a healthy person. I suggest that, within this cultural background, perhaps the lecturer in the conference or Freud's patient or both were referring to Goethe. It is a possibility, in fact in the French translation of Freud's work you can find a reference to the famous ballad – just on the part of the French translator, not of the English one.

Lacan too was stricken by the dream of the burning child and the question is: there is something real in the dream? What is that? What is the subjectivity in our dreams? Also when we dream we are subjects, since we think, we know that we are living something; it is an altered form of consciousness. If such an experience is possible, then there can be a different form of subjectivity from what we ordinary think about the subject as subject. Subjectivity is divided into multiple existences. Lacan's approach to the psychoanalytic subject gets significantly close to the Eastern notion of subjectivity, as in Zhuang-zi.

When I became a psychiatrist, Japanese psychiatry was divided into two principal domains: the biological and the sociological. The knowledge of psychoanalysis was very limited among

his child's life; at the same time, Freud will say later on in the chapter, the dream fulfills the father's wish to remain asleep.

Lacan talks about the same dream in chapter V and VI of seminar N.11, *Les quatre concepts fondamentaux en psychanalyse* : "Rappelez-vous ce malheureux père, qui a été prendre, dans la chambre voisine où repose son enfant mort, quelque repos [...] et qui se trouve atteint, réveillé, par quelque chose qui est quoi? – ce n'est pas seulement la réalité, le choc, le *knocking* d'un bruit fait pour le rappeler au réel, mais cela traduit, dans son rêve précisément, la quasi-identité de ce qui se passe, la réalité même d'un cierge renversé en train de mettre le feu au lit où repose son enfant ». (Lacan, 1973, p. 56). What does wake up the father from his dream? Lacan focuses on this question to conclude that what wakes up the father is the *encounter with the reality*, not the external reality of the noise coming from the room next door, but the psychical reality, which is realized in the dream as encounter with the experience of the son's death: "«Père, ne vois-tu pas, *dass ich verbrenne?* que je brûle? Il y a plus de réalité, n'est-ce pas, dans ce message" Lacan says "que dans le bruit, par quoi le père aussi bien identifie l'étrange réalité de ce qui se passe dans la pièce voisine." (p. 57);" Puisque personne ne peut dire ce que c'est que la mort d'un enfant [...] c'est-à-dire nul être conscient" (p. 58). In chapter VI Lacan cites Zhuang-zi and the question he asks when he awakes from the butterfly's dream. According to Lacan, Zhuang-zi is right, and doubly so - when awaking he says he can't say if he had dreamt he was a butterfly, or a butterfly was dreaming he was Zhuang-zi - first because it proves he is no mad, since he does not regard himself as absolutely identical to Zhuang-zi, and secondly because he knows to be not so much right by opposing the two possibilities: "Effectivement, c'est quand il était le papillon qu'il se saisissait à quelque racine de son identité - qu'il était, et qu'il est dans son essence, ce papillon qui se peint à ses propres couleurs - et c'est par là, en dernière racine, qu'il est Tchoang-tseu" (p.72).

¹⁴ *Erlkönig* (The Elf King) is a ballad written by Johann Wolfgang von Goethe in 1782. The text of this ballad was used, in 1815, by Franz Schubert to compose the lieder Opus 1 (D. 328) for voice and piano. The story, from which Goethe drew his poem, derives from a Danish folk tale.

psychiatrists. I was interested in psychoanalysis because my patients forced me in that direction. While I was looking for a good place to study psychoanalysis in France or in England, I made the acquaintance of two interesting patients, both of them women complaining of suffering from anorexia. One patient lost around ten kilograms and complained in particular about a difficulty in swallowing. It was something different from what we commonly refer to as anorexia nervosa. Anorexia nervosa in young women is often a chronic disease, and may be a developmental problem. She complained about the difficulty in swallowing, made otolaryngologic examinations and, since no problem was found, we began analyzing her dreams. After a certain number of sessions, she made a dream in which she let people fall into the sea and then the sea gave in return a *kanzashi*, that is a women's ornament, a hair clip, used in particular when one wears Japanese traditional clothing. She felt like a *maiko*¹⁵. Then the scene changed. She was in the house of a *maiko*, in her room. The *maiko* had a skin rash on her back. Then the scene changed again and she was in a revenge scene: a samurai busted in somewhere to fulfill a revenge. I could give an interpretation of this dream by referring to Kleinian categories. The fall into the sea is a symbol of the birth. Concerning the revenge scene, using a Kleinian framework, one could interpret it in terms of a revenge against the mother or against herself on the part of her mother. In Melanie Klein theorization a very concrete, physical fight exists between mother and child. In the child's fantasy there is the idea of taking illegitimately, of adopting illegitimately a child from his/her mother's womb. This is a typical fantasy in children, very small children, according to Kleinian theory. When I proposed this interpretation, the patient made an association, saying that two and a half years before she had an abortion and she thought that that experience was strongly connected to her disease. She recognized a sort of cause-effect relationship, an explanation to her own disease. When we lose something, an unconscious process generates the fantasy to feed the lost object inside us. Our unconscious fantasy assumes the lost object as a piece of food: we can take it, incorporate it and thereby reconstruct the lost object. This compensates for the loss of the object. This is the natural course of the unconscious. We can say that in the patient, such natural course had been interrupted by something. Hereafter many dreams followed in which she took the lost object as a piece of food. I could interpret one by one these dreams and over the course of the analysis the patient regained weight. What is important to me is that while she was recovering, she was trying to come back to her mother's womb. In her dreams, she dreamt of climbing places where there were things like small animals or children. It was a symbol of her mother's womb. She was to become a mother, but in her dreams she was a fetus, a lost fetus. I think she felt like she was this fetuses and she was trying to return to her mother's womb, precisely like returning to her own womb. If she could return to her mother's womb, that meant her fetus could return to her own womb. This is evidently impossible but in a hypothetical, allegorical, symbolic, four-dimensional space this would become possible. In a four-dimensional space the difference between herself and her mother would be suspended, therefore the container would be her mother's womb as well as her own womb, the contained would be herself as well as her fetus. Working with this patient I had to solve this problem and I realized that I needed a psychoanalytic theory which would give me the opportunity to think of a new dimension of space and subjectivity. By referring to a relationship between space and subjectivity, which is in a four-dimensional space, both the fetus and the mother can be subjects at the same time. In this (the actual) world she was the subject and the fetus was the object, the fetus was aborted, she aborted her fetus; but in her dreams she came to her mother by climbing many steep slopes. This body of herself was also her fetus' body, so in this sense the fetus was the subject and they reached the space of her womb. The patient had this dreadful

¹⁵ Geisha in training.

idea that her mother could have aborted her: if I aborted my child, my fetus, my mother could have aborted me. Then I could have not existed in this world; I cannot know why I am in this world. This was her hidden idea on her existence: if my mother had done what I did to my fetus, I could not have existed in this world. This hypothetical situation was realized through a four-dimensional space. I needed a psychoanalytic theory that could include, encompass this vision: a four-dimensional topology of space and an interconnection, an interexchange between subject and object. Such psychoanalysis could be Kleinian but Lacanian psychoanalysis was specialized precisely on these issues (space and subjectivity), so I chose Lacanian psychoanalysis and went to study under the direction of Mr. Laplanche, who was one of Lacan's analysands. Lacan was already dead when I went to France.

May we ask you why the maiko in the dream?

The *maiko* stands for a movie star and the *kanzashi* is like an Academy award. There is a very famous folk song whose title is "I saw a monk buying a *kanzashi*". It is a satiric song because monks do not have hair, so how can they use a *kanzashi*? Most likely as a gift for a *maiko*. Buddhist monks should strictly practice asceticism but actually many good clients of *maiko* in Gion district, in Kyoto, were high rank Buddhist monks. As you can notice, in some Japanese towns, important Buddhist temples and famous pleasure quarters are the one next to the other¹⁶. This is the reason why a *kanzashi* can stand for a prestigious gift.

In Japanese we have the word *anten* to mean turning from light to darkness. The dream scene seems to say: the *kanzashi* is the light, then in the following scene the *maiko* has a bad skin rash on her back, this is *anten*, from light to dark. The Japanese word for skin rash is *dekimono*, from *dekiru* that means to become, achieve, accomplish. The expression "*dekichatta kekkon*" means marriage due to unintended pregnancy, marriage ex-post facto. Thus the *kanzashi* means I am very proud of being pregnant; the skin rash means I feel ill. The two things are the same thing. The same Japanese word *dekiru* contains both the meanings.

¹⁶ During the Edo period, the contiguity between Buddhist temples and entertainment quarters - in cities like Kyoto, Edo (Tokyo) and Osaka - was the result of a social order, inspired by Confucianism and based on a system of strictly separated and hierarchized (for moral virtue and secular authority) social classes: at the top of the hierarchy there were warriors (*samurai*), followed by farmers, artisans and merchants. However, a large part of the population remained out of this class system, such as Buddhist priests, actors and artists, prostitutes as well as various groups of outcasts. All these marginalized categories were physically placed on the edge of cities, outside the urban perimeter. For a combination of reasons (the practice of asceticism for Buddhist monks, the concern of the *bakufu* that artistic and sexual pleasures could have corrupted *samurai*'s moral virtue) these social groups came to live together, just outside the ordered world and inevitably in relation to it. It must be noted that the entertainment quarters in Edo, Kyoto and Osaka became an extraordinary core for artistic and literary production which celebrated the life of ordinary men and women, of courtesans as well as other figures at the bottom of society, making heroes and heroines of these marginalized groups. Prose, poetry, paintings, theatre works raised themes such as the conflict between duty and desire, public law and private loyalty (Gordon, 2003). The *ukiyo-e*, "pictures of the floating world" - one of the most known pictorial form of the Edo period - wanted to represent the Ephemeral of pleasures and arts.

From such experiences, an entire new literary world came out, that of the *chōnin*, the merchants, that chose life within the pleasure quarters as its favored subject and celebrated hedonism in all its forms. According to Katō Shūichi, a remarkable feature of the Edo culture was the development of two separated cultural worlds, two profoundly different but not opposed systems of values and ways of living, corresponding to the social divisions of the time: "the *samurai*'s poetry and prose in Chinese, on the one hand, the *kabuki* theatre and the *chōnin*'s literature in Japanese, on the other. [...] The exchanges and mutual influences between these two cultures were minimal". (Katō, 1983, p. 5).

Could this sequence of images refer to the mother's experience of ambivalence?

Yes, the woman was not married and for this reason she felt ambivalent about the pregnancy; she felt she could not go on. Of course we must think of the social context. Evidently we could think that if this had happened in another country – for instance a country like France with the *Pactes Civiles de Solidarité* - the situation would have been quite different.

One last question. A significant problem we are seeing in Italy, working as psychotherapists, is a feeling of solitude and isolation which is spreading more and more among people. Until the 90s the Italian social system was fundamentally based on conformism. We use this notion to mean that people felt part of a system of socially shared expectations and rules to which everyone should adapt, conform to, or from which one could diverge. Today, on the contrary, because of a fundamental lack of social values and institutions recognizable as shared points of reference, people feel isolated¹⁷. In connection with such experience of isolation, we could say that also the social function of psychotherapy is changing: it is more difficult for people to recognize the need for and the usefulness of reflecting on their own subjective experience. What do you see from your clinical observatory in Japan?

In Japan there is an increasing social interest in people's identity, I mean subjective identity, experience and past history. But this is not sufficient. In the past, during the contemporary age, people had reflected more profoundly on this problem than today. There is an increasing social demand for identity because in Japan we faced, initially, the collapse of the traditional construction of society based on Confucianism and Buddhism, later the opposition between East and West, between Communist and Liberal world. Now also this structure crashed and we are facing the overwhelming power of Neoliberalism. Although in Neoliberalism there are various currents, there is a strong majority trend which generates conformism: there is only one world in this world. This is very curious. The other currents are smaller but highly important. All the local characteristics are important since they can be points of reference for the individuals. In Japan we have many local characteristics to be sold to other countries and this has unified the country. At the same time the world itself is unifying in a totalizing way, so a characterless world will be realized in the near future. We are living a deeply ambivalent and contradictory situation and it is true that, in this situation, we have the tendency to close into ourselves, as if we were psychoanalyzing ourselves, but this tendency is connected to the Neoliberal change of economy. So our home is very far inside ourselves, between our traditional characters and the Neoliberal unified character. I think this is a cause of suffering.

References

- Bucci, F. (2014). Cultural representations of mental illness in contemporary Japan. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 82-108 Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mental health services in Italy]. Milano: FrancoAngeli.

¹⁷ On the notion of conformism and for a reflection on the crisis of conformism which is characterizing in the present the Italian social system, see Carli & Paniccchia (2011, part one, chapter 2).

- Cheng, A. (2000). *Storia del pensiero cinese* [History of chinese thought] (A. Crisma, Trans). Torino: Giulio Einaudi editore (Original work published 1997).
- Freud, S. (1913). *The interpretation of dreams*. (A.A. Brill, Trans.). New York: The Macmillan Company. (Original work published 1899).
- Gordon, A. (2003). *A modern history of Japan. From Tokugawa times to the present*. New York: Oxford University Press.
- Katō, S. (1983). *A history of Japanese literature. Vol.2, The year of isolation*. (D. Sanderson, Trans.). Tokyo: Kodansha International LTD.
- Koschmann, J.V. (1996). *Revolution and Subjectivity in Postwar Japan*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kumasaka, Y., & Yoshioka, S. (1968). The law of private imprisonment: fifty dark years for the mentally ill in Japan. *American Journal of Psychiatry*, 125(2), 213-216.
- Lacan, J. (1973). *Le séminaire de Jacques Lacan. 11: Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse: 1964*. (J.A. Miller Ed.). Paris: Seuil.
- Robinet, I. (1993). *Storia del taoismo dalle origini al quattordicesimo secolo* [History of taoism from the origins to the Fourteenth century]. Roma: Astrolabio - Ubaldini Editore.
- Shingu, K. (2004). *Being irrational. Lacan, the Object a, and the Golden mean* (M. Radich, Trans.). Tokyo: Gakujū Shoin Publishers LTD.
- Shingu, K. (2008). Psychoanalysis and regulation in Japan. In I. Parker & S. Revelli (Eds.), *Psychoanalytic practice and State regulation* (pp. 133-143). London: Karnac Book LTD.
- Shingu, K. (2009). Oedipus and the Other in Japan. *Annual Review of Critical Psychology*, 7, 277-285.
- Shingu, K. (2010). Freud, Lacan and Japan. In N. Cornyetz & J. K. Vincent (Eds.), *Perversion and Modern Japan - Psychoanalysis, Literature, Culture* (pp. 261-271). New York: Routledge.
- Totsuka, E. (1990). The history of Japanese psychiatry and the rights of mental patients. *Psychiatric Bulletin*, 14, 193-200. DOI:10.1192/pb.14.4.193
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*. (G.E.M. Anscombe & R. Rhees, Eds.). Oxford: Blackwell.
- Zhuangzi (1968). *The complete work of Chuang Tzu*. (B. Watson, Trans.). New York: Columbia University Press.

Parole e luoghi della follia nel Giappone che si fa moderno: Intervista con Kazushige Shingu

di Fiorella Bucci, Francesco Campagnola, Kaori Taguchi***

Abstract

Gli autori presentano un'intervista con Kazushige Shingu, professore all'università di Kyoto e autore di riferimento negli studi freudiani e lacaniani in Giappone. Analizzando le parole e i luoghi associati alla definizione culturale e sociale della malattia mentale, attraverso i periodi Edo e Meiji sino al presente, Shingu ci offre una visione comprensiva del significato simbolico che la follia ha rivestito entro il processo di formazione dell'identità nazionale in Giappone, nel farsi dello Stato moderno. L'intervista inizia e si conclude con una riflessione sulla nozione di soggettività, esperienza di riconoscimento di sé in relazione con il mondo, che Shingu intesse rileggendo elementi della teoria e del pensiero psicoanalitico alla luce della tradizione sino-giapponese.

Parole chiave: malattia mentale; modernità; Giappone; psicoanalisi; soggettività.

· Università di Gent, Dipartimento di Lingue e Culture, Centro per l'Interazione e la Comunicazione Interculturale (CICI). L'intervista qui presentata è stata raccolta nell'ambito di un progetto di ricerca che l'autrice ha svolto in qualità di Research Fellow della Canon Foundation in Europe e di ricercatore associato presso il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Kyoto. Per comunicazioni: fiorella.bucci@gmail.com

· Università di Gent, Dipartimento di Lingue e Culture, Studi Giapponesi. L'autore è stato vincitore di una Fellowship post-dottorale per studiosi americani e europei PE11008 della Japan Society for the Promotion of Science e di una Fellowship in studi giapponesi 23RE1092 della Japan Foundation. Per comunicazioni: francesco.campagnola@ugent.be

· Università di Kyoto, Scuola dottorale di Studi Umani e Ambientali. Research Fellow, Japan Society for the Promotion of Science.

Introduzione

Kazushige Shingu è professore ordinario presso il Dipartimento di Coesistenza Umana della Scuola dottorale di Studi Umani e Ambientali dell'Università di Kyoto. Psichiatra e psicoanalista, ha svolto ricerche sulla psicopatologia da un punto di vista psicoanalitico ed è stato a lungo impegnato nello sviluppo della teoria e della pratica clinica lacaniana in Giappone (Shingu, 2004; 2008; 2009; 2010).

L'intervista che qui presentiamo è stata raccolta all'interno di un progetto di ricerca sulle rappresentazioni culturali della malattia mentale nel Giappone contemporaneo, teso a porre le basi per una comparazione con la storia e la cultura della malattia mentale in Italia (Bucci, 2014). La ricerca ha coinvolto studiosi e professionisti di molteplici ambiti disciplinari e operativi, con l'intento di raccogliere differenti cornici interpretative e esperienze di intervento sul problema.

Vorremmo qui introdurre un aspetto emerso dalla ricerca e da questa intervista in particolare, che riteniamo possa contribuire in modo significativo alla riflessione lanciata da questo numero speciale della Rivista di Psicologia Clinica sui modelli interpretativi della malattia mentale. Abbiamo proposto al professor Shingu e agli altri studiosi incontrati, di riflettere con noi sulle rappresentazioni della malattia mentale nella società giapponese, cercando ancoraggi nella storia, nei contesti storico-sociali entro i quali tali rappresentazioni sono venute a prodursi. Questa ricerca di nessi ha significato per molti dei nostri intervistati andare con la mente a un momento specifico della storia del Giappone, vissuto come punto di svolta: gli anni della restaurazione/rinnovamento Meiji. Ciò è molto interessante se lo si confronta con il discorso degli studiosi e dei professionisti in Italia, per i quali il momento storico di svolta, nel quale si determinò un cambiamento profondo nella rappresentazione sociale della malattia mentale, sono gli anni '70, ancora oggi evocati costantemente come un punto di riferimento.

Possiamo chiederci: cosa rappresenta sul piano simbolico, e in modo più specifico, sul piano della dinamica di costruzione simbolica dell'identità nazionale, l'epoca Meiji? Nella lettura che Shingu ci proporrà, fu il momento in cui il Giappone intraprese intensamente e velocemente un processo di modernizzazione che significò aderire alla razionalità dei modelli scientifici, economici e politici occidentali. La malattia mentale, nei suoi aspetti di follia, di irrazionalità fu espulsa dal nuovo Stato moderno, confinata, fatta scomparire negli *zashikirō* (spazio chiuso all'interno delle case). Altri studiosi ci hanno dato una lettura che sottolinea maggiormente la continuità con il passato che caratterizzò l'epoca Meiji. Lo *zashikirō*, pratica di custodia in famiglia dei folli proveniente dall'epoca Edo, ci dà traccia di un più ampio sistema di pratiche e strutture sociali del Giappone Edo che persistettero durante il cambiamento Meiji, per il loro radicamento e la loro efficacia.

Gli spazi e i significati sociali che furono assegnati alla follia in Giappone appaiono portatori di una polisemia vitale che non ci interessa dirimere, bensì continuare a conoscere, a esplorare attraverso questo contributo.

Una seconda dimensione a cui l'intervista introduce e che dialoga a nostro parere in modo interessante con i quesiti posti dal numero speciale, riguarda il rapporto tra soggettività e identità. Shingu problematizza la nozione di soggettività attraverso la sua ricezione del pensiero psicoanalitico alla luce della tradizione sino-giapponese.

L'intervista è stata raccolta nel corso di una serie di incontri, i primi dei quali sono stati in lingua giapponese, l'ultimo in lingua inglese. Qui presentiamo l'intervista suddivisa in due parti principali.

Prima parte

Pensando ai suoi studi e alla sua esperienza professionale, può parlarci delle sue riflessioni sul problema della malattia mentale nella società giapponese?

Come prima cosa, secondo la mia esperienza, la percezione (*chikaku*) nei pazienti con schizofrenia ha un carattere immediato, assimilante e indifferenziato e ciò implica che quando parlo con questo tipo di pazienti devo adattarmi ad una logica (*rikutsu*) particolare.

Mi sono sempre chiesto da dove proviene, da dove nasce la soggettività umana (*ningen no shutaisei*). Soprattutto nel caso in cui questa soggettività umana si rompe (*kowareru*), perché ciò accade?

Quando questa rottura accade a un livello personale possiamo anche dire che accade come malattia del cervello, ma se ciò accade a livello sociale dovremmo dire che è la società che si rompe, che va in frantumi.

I pazienti con schizofrenia tendono a credere che il loro pensiero sia completamente conosciuto dall'esterno. Anche noi talvolta pensiamo che i nostri pensieri siano conosciuti da qualcun altro, ma il processo è molto diverso: se avessimo l'impressione che qualcun altro si fosse appropriato del nostro pensiero, penseremmo di essere stati plagiati (*hyōsetsu*); diversamente, la persona con schizofrenia pensa che il suo pensiero sia stato rubato (*torareru*). Ciò vuol dire che il pensiero non c'è più in quella persona. In alcuni casi, ad esempio, i pazienti pensano che i loro pensieri siano stati messi in una macchina dalla quale esce la loro voce. È la macchina (*kikai*) che ti fa ascoltare la voce. Certo questo dà un grande malessere (*fujiyū*¹⁸). Ogni qual volta i pazienti pensano di fare qualcosa, vogliono fare qualcosa o sono sul punto di cominciare a farla, arriva loro una voce, un commento. La voce non chiede cosa vuoi fare, piuttosto dice: 'so che stai per fare qualcosa' (*nanika shyō to shite iru darō*). Quando hai un'intenzione, un proposito, un attimo prima della realizzazione (*jitsugen*), la voce arriva. Se pensi di andare in bagno, ad esempio, la voce dirà: 'so che stai per andare in bagno, vai', oppure 'non andare'. Questa certo è un'allucinazione (*genchō*). Finora abbiamo parlato della facoltà uditiva, ma ci sono casi in cui il problema concerne la vista. Ad esempio, alcuni pazienti credono che qualcuno abbia messo una videocamera nei loro occhi, e in quel caso non è il paziente a guardare ma coloro che hanno messo la videocamera nei suoi occhi, come fosse una prigione aperta (*hirakareta rōgoku*)¹⁹. Questa è un'esperienza di invasione della soggettività e se questa esperienza fosse continua, gli esseri umani non sarebbero più capaci di agire (*kōdō*).

Secondo me c'è sempre stata una domanda (*gimon*) per l'uomo (*ningen*), e cioè: noi davvero possiamo decidere le nostre cose? C'è una risposta a questa domanda? Probabilmente no. Perché su te stesso non

¹⁸ *Fujiyū*, contrario di *Jiyū*, libero (*fu* esprime la negazione).

¹⁹ Qui Kazushige Shingu propone esempi del modo in cui i pazienti vivono la relazione con i propri pensieri. Al centro del problema troviamo l'esperienza che i propri pensieri non siano più propri; un persecutore interno ne ha preso il controllo, conoscendo in anticipo ogni intenzione e desiderio. Il vissuto angosciante che Shingu suggerisce non è tanto quello di essere soggetti ad un oppressore esterno che dà ordini ma è piuttosto quello di un'incessante persecuzione interna che consiste in un annichilimento dell'intimità. È a questa esperienza che Shingu si riferisce come ad una prigione aperta (forse in associazione con l'immagine del Panopticon data da Michel Foucault).

puoi mai dire se quello che pensi o quello che senti sia giusto (*tadashii*) o sbagliato (*tadashikunai*), secondo la tesi di Wittgenstein²⁰.

A mio parere la parola umana così come la struttura del pensiero non sono molto cambiate dal passato, quindi se ciò che chiamiamo impotenza del sistema di riferimento a se stessi (*self-reference*) assumiamo sia corretto, allora, dopotutto comprendiamo che la soggettività umana è un'immensa ideazione, è qualcosa di costruito.

Comunque mi interessa molto del problema della soggettività e in particolare di come la soggettività viene fatta (*tsukuru*) nella storia. Oggi siamo in una fase di riflessione sulla soggettività umana, come Wittgenstein anche il modernismo e Lacan hanno fatto questa riflessione. C'è stato un tempo nel quale si è creduto che Dio sapesse tutto, Dio ti sente e ti guarda e non c'era dubbio su questo, ma non possiamo più tornare a quell'epoca. Questa tendenza è universale, non è caratteristica (*tokujōteki*) del Giappone o di altri paesi esteri.

Ci sono anche altre cose a cui ho pensato parlando con i miei pazienti ma intanto finiamo qui e proseguiamo con la seconda domanda.

Secondo la sua esperienza, con quali obiettivi principali lavorano oggi gli studiosi, i professionisti e le strutture sociali che si occupano della malattia mentale in Giappone? Può confrontare l'esperienza attuale con quella passata?

Questa domanda è molto importante anche per me e direi che la situazione attuale è molto confusa (*konran*), perché tanti tipi di pensiero coesistono (*kyōzon*). Quando trattiamo sia la mente che il corpo, ci sono molti diversi livelli da raggiungere (*tadoritsuku*), allora dove mirare? Nella terapia attualmente, ascoltare l'esperienza del paziente viene considerata una parte del trattamento. L'ascolto è connesso alla scelta del trattamento, nel senso che noi dobbiamo scrivere una prescrizione medica e per dare una prescrizione giusta dobbiamo ascoltare i pazienti. Così dicendo sembra esserci una cooperazione tra psicoterapia e psichiatria, invece prevale la tendenza verso la farmacoterapia.

C'è la possibilità di avere qualche risultato che non sia soltanto scegliere il farmaco giusto, ma attualmente a mio parere non c'è una consapevolezza metodologica (*hōhōronteki ishiki*) che permetta di perseguire questa possibilità. Ora, praticamente, ascoltiamo la voce dei pazienti solo per scegliere un farmaco e dare la prescrizione giusta, non abbiamo altro motivo. Quando parlo con i pazienti, ascoltare la loro esperienza e rispondere bene o il fatto che loro capiscano bene o fare una buona interpretazione sono i miei obiettivi principali (*risōteki*). Quando ho cominciato a fare psicoanalisi non pensavo che avrei potuto farla con una persona con delirio (*sakuran*).

²⁰ Probabilmente Shingu ha qui in mente il famoso passo di *Philosophical investigations*: 'Posso conoscere quello che qualcun'altro pensa, non quello che io penso. È corretto dire 'so quello che pensi' e errato 'so quello che penso'. (Un'intera nube di filosofia condensata in una goccia di grammatica)' (Wittgenstein, 1953, p. 222 [la traduzione è nostra]). L'argomentazione di Wittgenstein, che è stata soggetta a varie interpretazioni, è anche una confutazione del solipsismo. Wittgenstein, in sostanza, ci ricorda che la validità del linguaggio (e quindi di qualunque affermazione) dipende dalla natura contestuale della 'grammatica' intesa come insieme di regole che reggono il senso di quello che diciamo e che emergono dall'attività (relazionale) dell'esprimersi. I limiti del *self-knowledge* e della possibilità di distinguere il vero dal falso nelle proposizioni dove 'io' compare quale soggetto anziché quale oggetto logico non sono tuttavia empiricamente verificabili. Esempio è il caso dell'asserzione 'Io so di provare dolore' contro l'asserto 'io ho un braccio rotto'. Solo nel secondo caso il contenuto può essere pensato in termini di vero o sbagliato in quanto 'io' può essere sostituito logicamente con 'il mio corpo', un oggetto sul quale è possibile una verifica empirica. Il primo asserto rimane invece un inverificabile caso di linguaggio privato. Dice Wittgenstein che esso equivale a emettere un lamento.

In che misura pensa sia utilizzata la psicoterapia negli ospedali e nei servizi territoriali per la salute mentale?

Nei servizi territoriali (*kyōdōtai*) per i pazienti con malattia mentale manca del tutto la psicoterapia (*shinri ryōhōshi*). Vi lavorano per la maggior parte specialisti del servizio sociale o volontari con buone intenzioni, ma non ci sono psicoterapeuti giapponesi che abbiano la volontà di partecipare a questo tipo di attività, né sono motivati a farlo, perché se vi lavorassero lo farebbero a titolo di volontariato. Sto parlando degli psicoterapeuti, ma lo stesso vale per gli psicoanalisti. In Giappone i servizi territoriali sono gestiti da organizzazioni non governative (NGO) che ricevono fondi dall'ente locale (*jichitai*). In queste strutture non c'è il presupposto di impiegare psicoanalisti o psicoterapeuti, e neanche medici specializzati. Quindi direi che la situazione è molto carente (*mazushii jōtai*). Personalmente penso che se potessimo utilizzare gli strumenti della psicoterapia o psicoanalisi negli interventi sul territorio sarebbe ideale. Non so come sia la situazione in Italia, tuttavia, per quanto riguarda il Giappone se si potesse ridurre il numero di ospedali psichiatrici forse ci sarebbe maggiore possibilità di impiegare specialisti anche in altre strutture.

Recentemente stanno aumentando gli studi medici privati che svolgono un servizio ambulatoriale e impiegano psicologi clinici. In questi studi, il medico introduce i pazienti allo psicologo clinico quando valuta che il paziente ne abbia bisogno. In questo modo viene a crearsi una collaborazione. In qualche modo la psicologia clinica è entrata come funzione all'interno della linea d'azione dei medici. Confrontando la situazione attuale con il passato ci sono stati cambiamenti rilevanti. In primo luogo, come dicevo, sono andati aumentando gli studi privati e d'altra parte negli ospedali i ricoveri seguono criteri più selettivi e accurati. Non so se si può indicare una data precisa a questo proposito ma intanto possiamo contare il numero dei casi clinici di schizofrenia. Se il numero complessivo dei pazienti in ospedale sembra non essere cambiato, il numero dei pazienti con schizofrenia sta diminuendo, mentre sta aumentando quello di pazienti con demenza.

Negli anni '80 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha emesso una raccomandazione nei confronti del Giappone perché la qualità degli ospedali per la malattia mentale era molto bassa²¹. Ora la qualità

²¹ Nel 1985 la Commissione Internazionale dei Giuristi (International Commission of Jurists, ICJ) e la Lega Internazionale per i Diritti Umani (International League for Human Rights, ILHR) organizzarono una missione, formata da esperti indipendenti di diverse nazionalità, volta a indagare il funzionamento del sistema dei servizi per la malattia mentale in Giappone, dal punto di vista dei diritti umani delle persone con malattia mentale e del loro trattamento. La missione ebbe luogo nel maggio 1985; le conclusioni e raccomandazioni che ne furono prodotte, furono rese pubbliche quello stesso anno e discusse con il governo giapponese (Harding, 1986; Totsuka, 1990). La missione segnalò tra i principali motivi di preoccupazione, l'assenza di protezione legale per i pazienti durante le procedure di ammissione negli ospedali psichiatrici e nel corso del ricovero, e il prevalere di un sistema di cura basato sull'istituzionalizzazione di lunga durata, nel quadro di una generale carenza di trattamenti riabilitativi nella comunità. Secondo Etsuro Totsuka l'intervento degli organismi internazionali non governativi su menzionati fu determinante nel creare le condizioni affinché il governo giapponese intraprendesse una riforma del sistema di cura della malattia mentale. Il 18 settembre 1987, il parlamento giapponese approvò una nuova legge per la salute mentale (New Mental Health Act), nella quale, per la prima volta rispetto ai precedenti testi legislativi (l'ultimo dei quali era stato la riforma della Legge per l'Igiene Mentale - Reform of Mental Hygiene Law - del 1967) furono introdotte misure per la protezione dei diritti umani del paziente. Le principali innovazioni che la legge introdusse, ricettive delle raccomandazioni prodotte dalla missione del 1985, furono: la proibizione di azioni restrittive della libertà del paziente di comunicare con l'esterno durante il ricovero in ospedale, come i divieti di telefonare o tenere una corrispondenza o incontrare persone; l'obbligo per i medici di informare il paziente dei suoi diritti al momento dell'ammissione; la possibilità per il paziente e la sua famiglia di appellarsi alle autorità della Prefettura (unità amministrativa locale) nei casi di ricovero obbligatorio; la costituzione di un nuovo ente, il Psychiatric Review Board deputato a condurre verifiche sulla necessità dei ricoveri obbligatori effettuati negli ospedali e sulla qualità dei trattamenti; una ridefinizione delle diverse

negli ospedali è migliorata, la comunicazione con l'esterno è diventata più facile e dunque è più facile proteggere i diritti umani. Il numero dei pazienti non è cambiato molto dal passato ma la qualità si è elevata.

Secondo lei, in epoca moderna e contemporanea ci sono stati cambiamenti nell'immagine sociale della malattia mentale in Giappone? Può parlarcene? Ciò può essere collegato ad altri cambiamenti significativi avvenuti nel sistema sociale?

In Giappone c'è una grande differenza tra epoca moderna e epoca contemporanea. Come sapete la modernità in Giappone inizia con l'epoca della restaurazione Meiji²², mentre la contemporaneità ha inizio dopo la seconda guerra mondiale. Noi giapponesi abbiamo un'immagine molto diversa delle due epoche, prima e dopo la seconda guerra mondiale. In Europa si è discusso molto se considerare o meno la prima guerra mondiale come inizio dell'età contemporanea, mentre per noi giapponesi la seconda guerra mondiale è più significativa.

Per parlare dell'immagine sociale della malattia mentale in Giappone prenderò allora in considerazione la restaurazione Meiji e la seconda guerra mondiale come le due linee di confine (*kugiri*).

La modernità giapponese è stata qualcosa di diverso (*chigau*) dalla modernità europea. L'immagine moderna della malattia mentale in Giappone può essere considerata una versione estrema (*kyokutan*) di quella europea.

Con la restaurazione Meiji i giapponesi improvvisamente sentirono il bisogno di raggiungere (*oitsukanakya ikenai*) il mondo europeo. Già in epoca Edo esisteva in un certo senso una consapevolezza (*ninshiki*) che la follia (*kyōki*) fosse una malattia, ma arrivati all'epoca Meiji, non vi fu più spazio perché questa consapevolezza maturasse spontaneamente. La malattia mentale è una malattia, si stabilì, di conseguenza certamente si devono curare i pazienti. Si decise di curare i pazienti con l'obiettivo che i pazienti diventassero uomini moderni e puliti (*kirei*²³). I giapponesi dovevano essere razionali (*riseiteki*), belli, simili agli europei. Il ruolo della psichiatria era dunque far diventare le persone razionali e pulite affinché vivessero in una società razionale e pulita.

tipologie di ricovero possibili, volontario o obbligatorio, per necessità mediche o su decisione dell'autorità prefetturale (fino alla legge del 1987 - alcuni autori sottolineano - nella giurisprudenza giapponese non era presente il concetto di ricovero volontario); si autorizzavano infine le prefetture, i governi locali e gli enti no profit alla creazione di servizi per la salute mentale territoriali, la cui gestione sarebbe stata finanziata con il budget sanitario nazionale e locale.

²² In questa parte dell'intervista Kazushige Shingu fa riferimento a alcune epoche della storia giapponese, delle quali qui ricordiamo soltanto le datazioni e pochi elementi significativi. L'epoca Meiji è il periodo storico che va dal settembre 1868 al luglio 1912. Con l'espressione restaurazione Meiji si definisce quel complesso processo storico che condusse alla restaurazione del potere imperiale (l'imperatore Meiji dà il nome all'epoca) e pose violentemente fine al dominio degli shogun Tokugawa. Nella storiografia internazionale questo periodo è stato anche definito rivoluzione e rinnovamento Meiji: a partire da quegli anni, i governanti giapponesi iniziarono un processo di intensa modernizzazione del paese modellato sulle realtà dei maggiori Stati europei e degli Stati Uniti.

L'epoca Edo (dal nome dell'allora capitale Edo) o epoca Tokugawa è il periodo della storia giapponese che va dal 1603 al 1868, quando il paese fu governato dallo shogunato (governo militare) della famiglia Tokugawa.

L'epoca Showa, menzionata da Shingu nel prosieguo dell'intervista, è il periodo storico corrispondente al regno dell'imperatore Showa, Hirohito (dicembre 1926 - gennaio 1989).

²³ La parola *kirei* (奇麗 o 綺麗) esprime contemporaneamente tre significati, difficili da rendere con un'unica parola o espressione in italiano: bello/amabile/piacevole, pulito/lindo/puro/nitido, completo/intero.

Diverso era il destino dei pazienti non curabili (*naoranai*), soprattutto di coloro che compivano atti irrazionali. In quanto irrazionali, questi dovevano essere nascosti, eliminati (*haijo sareru beki*). Una simile tendenza certamente è esistita anche nel mondo europeo, ma in Giappone si è manifestata in modo estremo. L'immagine delle cose irrazionali fu a mio parere associata all'immagine del Giappone passato, prima della restaurazione Meiji, cioè a qualcosa di vecchio e inferiore. In altre parole la malattia mentale e l'immagine dell'inferiore sono connesse. In molte espressioni dello spirito moderno i pazienti con malattia mentale sono stato isolati (*kakuri*) nell'ospedale, invece in Giappone non si è andata sviluppando (*hatten*) una cultura dell'ospedale; si è cercato comunque di isolare i pazienti ma secondo un vecchio sistema sociale. Ad esempio c'è stato lo *zashikirō*. *Zashikirō* è un tipo di carcere in casa, si tratta di una tradizione (*dentō*) molto antica, di solito la comunità (*kyōdōtai*) ne era responsabile, ma in seguito il governo stesso ha riconosciuto (*mitomeru*) ufficialmente questa cultura.

Se capisco, la psichiatria secondo il modello occidentale si diffuse sul piano della teoria, ma sul piano delle prassi vennero mantenute prassi antiche?

Sì, è così. Non esistevano gli ospedali per la malattia mentale, al posto di creare l'ospedale fu ripresa questa vecchia maniera di isolare i pazienti e con questo metodo estremo decisero che non avevano bisogno della follia nella nuova società giapponese moderna. La follia era considerata una cosa vecchia, obsoleta, non moderna. Mi sono interessato alla rappresentazione culturale della follia e credo che una caratteristica di quell'epoca sia stata il prodursi di un'associazione: la follia è stata via via accostata, accorpata, identificata con qualcosa di vecchio, di vecchio e incomprensibile, di incomprensibile da un punto di vista pratico, di lugubre in una maniera giapponese; tutto questo, tutti questi aspetti furono associati alla follia. A livello di rappresentazione il vecchio si andò ad accostare alla follia nella società giapponese moderna.

Questa è certo una spiegazione molto schematizzata e inoltre rispetto a quell'epoca dobbiamo tener conto anche di alcune questioni simboliche. Vorrei riferire di tre casi (*jiken*) importanti per il loro valore simbolico. Primo, la condizione reale dello *zashikirō*; secondo, le vicissitudini della parola *kichigai* (spirito erroneo) - si tratta di una parola discriminatoria, il cui uso non è in alcun modo giustificabile nel contesto contemporaneo, ma è necessario esaminarla storicamente per la grande popolarità che ha avuto nel Giappone passato - dobbiamo analizzare l'etimologia di questa parola; terzo, l'incidente di Soma (*Somajiken*).

Lo *zashikirō* era una pratica estremamente comune; le case giapponesi vecchio stile avevano uno spazio per lo *zashikirō*, perché in passato le unità abitative erano molto ampie, tanto da contenere lo spazio per una camera di detenzione. Molti pazienti erano in grado di lavorare nei campi, quindi non erano sempre chiusi nello *zashikirō*, vi erano chiusi solo quando non stavano bene o quando cominciavano a fare chiasso. Nell'era Showa, persino dopo la seconda guerra mondiale, esistevano ancora gli *zashikirō*. Vorrei sottolineare un aspetto con un esempio. Nell'epoca Edo ci fu il caso di un paziente con allucinazioni che uccise sua moglie. Questi non fu condannato (*tsumi ni towareru*) alla pena di morte, né formalmente considerato colpevole, fu soltanto chiuso (*tojikomeru*) nello *zashikirō*. I parenti ne erano responsabili, il paziente doveva essere custodito in casa dalla famiglia, non dallo Stato (*kuni*).

Vorrei tornare dopo su questo aspetto e introdurre ora la seconda questione, ossia la parola *kichigai*. Etimologicamente *kichigai* vuol dire 'l'animo, lo spirito è differente'²⁴. Il termine *ki* è un'idea

²⁴ La parola *kichigai* è formata da due kanji 気違い: *ki* 気 spirito, mente, aria, atmosfera; *chigau* 違ふ differente. Il concetto di *ki*, derivante dal *qi* della tradizione cinese, può tradursi con il termine di soffio, ma sottintende una

originale dell'Oriente. *Ki* potrebbe significare aria, gas, atmosfera, ma è anche il *kokoro*, il cuore-mente, lo spirito-anima. Pertiene sia alla sfera dell'aria sia alla sfera del cuore-mente. In Giappone c'è un modo di dire, *ki ga kiku*, che significa in inglese 'he can use ki', cioè 'lui ha tatto', 'è pieno di tatto'. Il *ki* è un tramite, un conduttore, un veicolo nella relazione umana (*ningen kankei*), una sorta di etere. Quando si dice *kichigai* si deve intendere, come abbiamo detto, l'essere differente nell'animo o un cambiamento della qualità dell'animo, dello spirito. Quindi, *kichigai* era originariamente, un termine neutrale che però, dall'epoca moderna, ha assunto una valenza discriminatoria. Questo probabilmente è avvenuto anche in relazione all'introduzione del pensiero europeo e all'interpretazione che ne è stata data in Giappone in epoca moderna. Quando si dice *kichigai* la causa del disordine mentale sta nella relazione umana. Il *ki* è una dimensione molto ambigua ma importante, un elemento fondamentale nella storia dell'Oriente.

Il concetto di *ki* potrebbe implicare una provenienza soprannaturale della follia. Tuttavia, in Giappone c'è stato un altro modello soprannaturale della follia, secondo il quale il disordine mentale non è causato dalla relazione è un'idea antica però ancora presente nella nostra società. Qui si usa il termine *mono*. *Mono* è un fenomeno soprannaturale, quindi non sullo stesso livello del *ki*. *Mono* è qualcosa che proviene da fuori rispetto alla relazione umana. In Giappone esiste il modo di dire 'essere posseduto da una volpe', ed è un'idea molto popolare. I giapponesi hanno creduto che le volpi avessero una forza speciale e prima ancora delle volpi, si è creduto che fosse il lupo l'animale per eccellenza dotato di un potere speciale, essendo il lupo più forte della volpe. Siete mai stati all'Inari Jinja²⁵? In questo santuario sono presenti simulacri, miniature della divinità delle volpi (*goshintai*) che assomigliano però più al lupo che alla volpe. Io penso che quell'area fosse prima abitata da gente che adorava i lupi e che in seguito questa sia stata soppiantata da un'altra tribù la quale, per impedire ai predecessori sconfitti di adorare i lupi, li modificò riducendoli in volpi. Tuttavia, è soltanto una mia congettura. Comunque sia, possiamo dire che l'idea di essere posseduto da un animale, volpe o altro, esisteva una volta e pian piano è andata sparendo e la gente ha cominciato a pensare che il disturbo mentale (*seishinshōgai*) sia causato dalla relazione umana. Concordo con Susumu Oda, autore di un interessante libro sulla storia della follia in Giappone, che il passaggio da *mono-tsuki* a *ki-chigai* abbia segnato una svolta importante nella rappresentazione della follia in Giappone. L'enfasi moderna sulla relazione umana come causa della follia può avere alla base questo passaggio e aver reso la parola ancora più discriminatoria. La parola *ki* è ancora diffusa a denotare un atteggiamento di esclusione nei giapponesi - *Ku-ki ga yomenai hito* ("KY") – una persona che non sa leggere l'aria²⁶.

concezione che è tutta tipica del pensiero dell'Asia orientale. Principio immanente, flusso costante di energia vitale, viene definito come segue da Anne Cheng: 'Spirito e materia insieme, il soffio assicura la coerenza organica dell'ordine dei viventi a tutti i livelli. In quanto flusso vitale, è in costante circolazione fra la sua fonte indeterminata e la molteplicità infinita delle sue forme manifeste. L'uomo non solo ne è animato in tutti i suoi aspetti, ma pure vi attinge i suoi criteri di valore, d'ordine morale o artistico' (Cheng, 2000, p. 21).

²⁵ Il *Fushimi Inari Taisha*, situato nella località di Fushimi, a Sud di Kyoto, è una delle località storicamente più importanti del culto scintoista. Il santuario è dedicato al culto di Inari, dio della fertilità, del riso e dell'industriosità. La divinità è legata nella tradizione alle volpi, considerate sue messaggere e nel santuario di Fushimi sono presenti vari simulacri rappresentanti questo animale

²⁶ Espressione di uso comune che indica una persona poco sensibile, non capace di leggere tra le righe, di cogliere l'atmosfera di una conversazione.

Soma è il nome di un feudo (*han*²⁷). Il signore del feudo di Soma²⁸ soffriva di un disturbo mentale, fu rinchiuso nello *zashikirō* dove infine morì di diabete. Uno dei ministri del feudo pensò che vi fosse stato un complotto organizzato dal governo Meiji e che per questo il suo signore era stato rinchiuso e fatto morire nello *zashikirō*. L'opinione pubblica (*yoron seron*) mostrava simpatia (*kanjōtekina dōjō*) verso questo ministro, simpatia che penso derivasse dall'antipatia (*hankan*) verso il governo Meiji. La discussione pubblica e il processo che ne seguirono, andarono avanti molto a lungo. Anche in rapporto a questo evento, il governo Meiji decise infine di riformare il sistema di presa in carico (*mendō wo miru*) del disturbo mentale, definendo chi doveva essere responsabile per i pazienti con disturbo mentale. Conoscete il concetto di *han*? In giapponese i concetti di *han*, cioè feudo e *ie*, cioè casa, famiglia, sono molto simili. *Ie* può essere considerato una miniatura di *han*, così come *han* può essere considerato una versione allargata di *ie*. Nel periodo Edo sotto il controllo del *bakufu*, *han* e *ie* controllavano i pazienti con disordine mentale. Ricordate che ho parlato del caso di un paziente che aveva ucciso sua moglie; ho detto che il paziente era affidato alla famiglia e alla casa e questo voleva dire anche che era affidato anche al feudo. In seguito all'incidente di Soma, da allora, in Giappone si formò la consapevolezza che lo Stato avesse la responsabilità del problema. Fu un evento di grande rilievo sul piano politico, in seguito al quale finalmente lo Stato fu costretto a stabilire un linea di separazione (*bunkiten*) tra follia (*kyōki*, 狂気, spirito in follia) e sanità mentale (*shōki*, 正気, spirito corretto). Fu un evento molto importante anche per la psichiatria, un grande cambiamento. Da quel momento il Giappone si modernizza, ovvero cambia da Stato feudale a Stato moderno. Diversamente dal mondo europeo, in Giappone non furono costruiti grandi ospedali per la malattia mentale; per questo la situazione rimase incompleta, a metà strada. Le cose incomplete furono fatte rientrare a forza nello *zashikirō*. Poi ebbe inizio la seconda guerra mondiale e da quel momento tutto cambiò nuovamente.

In questi giorni non esistono più tanti *zashikirō*, in pratica non li si usa più, ma in pochi casi ne sono rimaste le rovine (*zangai*). Se voi faceste una ricerca nel sobborgo di Iwakura, vicino Kyoto, potreste capire la storia della rappresentazione della malattia mentale (*seishinshikkan*) dal moderno fino al contemporaneo. In tempi passati, alcuni pazienti con malattia mentale venivano mandati ad Iwakura, presso grandi famiglie contadine, dove erano accolti come fossero dei figli adottivi, ricevevano cure e lavoravano. Questa pratica è considerata un possibile modello di comunità terapeutica.

Quando si entra nell'epoca contemporanea, aumentano gli ospedali psichiatrici e la consapevolezza (*ninshiki*) che si tratta di una malattia diventa molto forte.

La parola *kichigai* è rimasta in uso anche dopo la seconda guerra mondiale per un certo di tempo, però oggi raramente è utilizzata perché considerata una parola discriminatoria. L'opinione pubblica

²⁷ *Han*, durante l'epoca Edo, è il feudo controllato da un daimyo (signore, feudatario, proprietario terriero). Soggetto all'autorità nominale del governo centrale (*bakufu*), ogni *han* operava autonomamente disponendo di una propria forza militare, di un'indipendenza economica e di un proprio sistema di tasse di transito e di confini stradali. Sotto il governo di Iemitsu Tokugawa (1604-1651), il terzo shogun dello shogunato Tokugawa, il potere del governo centrale sui daimyo venne considerevolmente esteso. Iemitsu introdusse il 'sistema della residenza alternata' (*sankin kōtai*) che obbligava ogni daimyo a stabilire una seconda residenza presso la capitale del tempo e a recarvisi annualmente per un periodo. Il sistema medesimo prevedeva che la moglie e i figli del daimyo risiedessero stabilmente presso la capitale, anche nei periodi in cui il signore si recava nel proprio feudo. Ciò implicò maggiore facoltà di controllo da parte del *bakufu* sui daimyo, forti spese per questi ultimi e, come corollario, lo sviluppo di insediamenti e il prodursi di fiorenti commerci lungo le vie dalla capitale ai feudi (Gordon, 2003).

²⁸ Si fa riferimento a Soma Tomotane (1852–1892), ultimo signore del feudo di Namakura e del clan di Soma (si veda in proposito, Kumasaka & Yoshioka, 1968).

giapponese è ormai convinta che la malattia mentale sia una malattia del cervello e oggi penso questo sia punto che dovremmo analizzare più approfonditamente.

È interessante lo slittamento che si è avuto nel tempo nel significato della parola kichigai, da parola che esprime una differenza a parola che esprime una discriminazione.

Quando si usa nell'espressione *kichigai*, la parola *chigau*, cioè differente, non può avere un significato positivo. In altri contesti, invece, questa stessa parola ha un significato positivo. Ad esempio, 'avere un sapore lievemente diverso' (*hitoaji chigau*), oppure 'l'uomo che può capire la differenza' (*chigai no wakaru otoko*). La prima frase è stata usata per la pubblicità di una zuppa di miso, la seconda per lo slogan di un caffè. Posso dire che la coscienza (*ninshiki*) che vi è del termine *chigau* in Giappone, si distingue molto da quella presente nel mondo europeo.

Ho appena ricordato le parole di una paziente che penso siano molto importanti ora. Questa persona stava davvero male, era in un stato di grande stupore e mi disse: 'Ora tutto è differente, io mi sento diversa. La prego mi dica come posso tornare allo stato originario'. In questo caso la parola *chigau* non è usata come aggettivo ma come verbo: '*chigatte shimatta*', 'ho finito per essere differente'. Penso che la parola *chigau* porti con sé una forza intensa (*kyōretsu*). La società giapponese alla sua maniera nell'epoca Edo stava tentando di modernizzarsi, ma con la restaurazione Meiji diventò bruscamente moderna. In quel periodo la forma della modernità occidentale fu messa su in fretta e di facciata (*hyōmenteki*). Questa parola ha avuto una grande influenza, penso, sull'immagine del disturbo psichico in Giappone.

Seconda parte

In alcuni suoi scritti, Lei propone una riflessione sulla dimensione della soggettività nel lavoro psicoanalitico. Faceva un cenno su questo nella prima parte della nostra intervista. Il rapporto tra soggettività e sfera pubblica è stato per altro un tema molto trattato dagli intellettuali in Giappone dopo la seconda guerra mondiale²⁹. Può dirci di più delle sue riflessioni al riguardo?

Penso conosciate il famoso racconto di Zhuang-zi³⁰ (*Sōshi* in giapponese). E' un antico filosofo cinese, molto noto, il quale risvegliandosi da un sogno disse: 'Non so più dire se ero io che sognavo di essere

²⁹ Soggettività (*shutaisei*) è stato uno dei termini chiave del dibattito scientifico e culturale nel Giappone dell'era Showa. In particolare, una serrata discussione sul tema si è prodotta nel secondo dopoguerra, in relazione alla caduta dell'ordine politico-sociale del periodo bellico e in contrasto con le teorie sul soggetto sviluppate da intellettuali sostenitori del regime militaristico quali quelli della scuola di Kyoto.

La questione di definire e creare un soggetto autonomo e proattivo era percepita come intimamente legata con la necessità di accedere a una completa modernizzazione. Il requisito per formare una società davvero e pienamente moderna, differente da quella modernizzata solo in superficie come quella prebellica, era la formazione di un'istanza soggettiva chiaramente definita e internamente coerente.

Sull'argomento si veda Koschmann, 1996.

³⁰ Zhuang-zi, pensatore cinese vissuto probabilmente nel quarto secolo avanti Cristo, durante il periodo degli stati combattenti. A lui è attribuita l'opera omonima, che fu considerata una dei testi centrali del Taoismo. Il *Zhuang-zi* è in realtà opera rimaneggiata, divisa in due parti apparentemente di mani diverse (libri interni e libri esterni). In particolare ha subito tagli ed alterazioni per mano di Guo xiang (morto nel 312), il suo più conosciuto commentatore, che ha lasciato la versione del testo poi divenuta canonica (Robinet, 1993). Il celeberrimo passo del sogno della farfalla citato da Shingu è contenuto nel secondo libro, parte della sezione del testo normalmente attribuita dalla critica a Zhuang-zi stesso. Lo riportiamo di seguito secondo l'edizione Adelphi (si presti attenzione al fatto che Zhou è un altro nome dello stesso Zhuang-zi): 'Una volta Zhuang Zhou sognò che era una

una farfalla o se ero nel sogno di una farfalla'. Questo è un tema molto noto del relativismo della visione orientale della soggettività, esemplare e citato da molti autori. Un'immagine molto generale della differenza tra la soggettività orientale e la soggettività occidentale è modellata su questo famoso racconto, che dice qualcosa circa la differenza tra il sogno e il mondo della veglia. Ciò è molto importante anche per la psicoanalisi perché nella psicoanalisi il paziente, l'analizzando, spesso parla dei suoi sogni. 'Dottore ieri ho fatto un sogno', dice il paziente, senza saperne la ragione, la ragione per cui ricorda quel sogno. Certo lo ricorda a motivo degli aspetti della sua vita e del suo ambiente, di cui sta parlando; è legato alla sua storia. Appena dopo il risveglio dal sogno non può sapere in che senso ha sognato quel sogno, ma durante la psicoanalisi si avvicina al motivo per cui ha fatto quel sogno, al perché ha sognato qualcosa di importante in quel sogno. Il mondo che sta creando parlando della sua vita e del suo ambiente nella seduta analitica è molto simile e strutturalmente connesso al mondo del sogno, e questo è il motivo per cui lo può ricordare molto facilmente durante la psicoanalisi, più facilmente che nella vita della veglia. La soggettività della psicoanalisi viene così rivelata quando l'analizzando parla di sé stesso, della sua vita e del suo ambiente, facendosi prossimo al suo mondo del sogno. Come Lacan dice di Zhuang-zi, il soggetto del sogno è strettamente vicino al soggetto della psicoanalisi. Lacan parla del racconto di Zhuang-zi nel seminario numero 11. Nel suo discorso è interessato alla transizione dal sonno alla veglia e cita un esempio fatto da Freud. Freud scrive di un sogno raccontato da una sua paziente che aveva partecipato a una conferenza, durante la quale uno dei conferenzieri aveva parlato di questo sogno. Si tratta di un processo molto indiretto: un conferenziere parlò di un sogno, la paziente di Freud lo sentì, a sua volta ne parlò con Freud e Freud ne scrisse nel suo libro, Lacan infine parlò di questo sogno. E' il sogno molto famoso di un bambino che brucia. Un padre che aveva perso di recente suo figlio per una febbre, fece un sogno durante il lutto. Era disteso sul suo letto, poco dopo la morte del figlio, nella stanza degli ospiti; il cadavere del bambino era disteso nella stanza accanto. Nel sogno, suo figlio gli si avvicinava e prendeva il suo braccio dicendo: 'Padre non vedi che sto bruciando?'. Il padre si svegliò bruscamente a causa di questo sogno così scioccante, corse nella stanza accanto e trovò che il cadavere di suo figlio stava realmente bruciando a causa di una candela fatta cadere dal vento. Questo sogno ci dà l'impressione che qualcosa come uno scambio telepatico si sia prodotto tra il bambino e il padre. Freud e anche il conferenziere ne diedero una spiegazione molto ragionevole, ma che ancora non ci consente di capire perché questo sogno sia così toccante, così impressionante. Questo è il tema dell'ultimo capitolo dell'interpretazione dei sogni di Freud³¹. La soggettività è tra il bambino e il padre e la paziente e il

farfalla svolazzante e soddisfatta della sua sorte e ignara di essere Zhuang-zi. Bruscamente si risvegliò e si accorse con stupore di essere Zhuang-zi. Non seppe più allora se era Zhou che sognava di essere una farfalla, o una farfalla che sognava di essere Zhou. Tra lui e la farfalla vi era una differenza. Questo è ciò che chiamano la metamorfosi degli esseri' (Zhuang-zi [Chuang-tzu], 1982, p. 32).

³¹ Il settimo capitolo dell'*Interpretazione dei sogni* inizia con il racconto di questo sogno che Freud definisce esemplare, seppure il sogno paia distanziarsi per alcuni andamenti dalla teoria che fino a quel punto Freud ha elaborato circa la funzione e il processo del sognare, come appagamento di un desiderio rimosso. Dice Freud: 'Sinora ci siamo preoccupati di sapere in che cosa consista il senso segreto dei sogni, per quale via lo si rintracci e di quali mezzi si sia servito il lavoro onirico per celarlo. Sinora al centro del nostro campo di interesse stavano i compiti dell'interpretazione. E ora ci troviamo di fronte a un sogno che non pone alcun compito all'interpretazione, il cui significato è dato apertamente, e osserviamo che esso mantiene pur sempre i caratteri essenziali, attraverso i quali il sogno differisce dal pensiero vigile e desta la nostra esigenza di spiegazione' (Freud, 1899/1973, p. 473). Nel sogno, secondo Freud, si realizza il desiderio del padre di prolungare per qualche momento la vita del suo bambino; al contempo, dirà più avanti nel capitolo, il sogno prolunga il sonno del padre, realizza il suo desiderio di dormire.

conferenziere. Potremmo anche dire che la soggettività possa essere estesa a una canzone molto famosa di Goethe, il filosofo tedesco, musicata da Franz Schubert³². In questa ballata un padre sta andando a cavallo, tenendo il figlio in braccio. Il bambino è gravemente ammalato e il padre sta correndo in città alla ricerca di un dottore; il bambino ha la febbre alta. Allucinando il bambino dice: 'Padre, padre c'è un re demonio, mi sta salutando (*wave*) con la mano e mi sta invitando (*seduce*) ad andare da lui. Le figlie del re demonio dicono: bambino vieni a giocare con noi' Il padre risponde: 'No figlio caro, questo è un salice mosso (*wave*) dal vento e questo è un suono del vento; quella che pensi essere una canzone della figlia di Satana è una canzone del vento'. Così il padre pensa sia tutta un'allucinazione, ma il bambino pensa sia una cosa reale. Al loro arrivo in città, il padre si accorge che il suo bambino è morto e preso dal rimorso dice: 'Come ho potuto non capire? Se avessi capito che ciò che stava dicendo era reale, sarei stato capace di salvarlo'. In questo senso il padre e il bambino stanno condividendo la stessa allucinazione. C'è la possibilità di condividere un'allucinazione tra una persona malata e una persona sana.

Penso che all'interno di questo background culturale, forse il conferenziere o la paziente di Freud o entrambi si stavano riferendo a Goethe. E' solo una mia ipotesi ma è molto plausibile, infatti nella traduzione francese di Freud c'è un riferimento a questa famosa canzone, ma solo per il traduttore francese, non per quello inglese.

Anche Lacan fu colpito da questo sogno e la domanda è: c'è qualcosa di reale nel sogno e cos'è? Possiamo riformulare questa domanda dicendo: cos'è la soggettività nei nostri sogni? Anche quando sogniamo siamo soggetti in qualche senso, perché pensiamo, sappiamo che stiamo vivendo qualcosa, è una coscienza alterata, una coscienza soggettiva alterata. Se può esserci qualcosa di simile, allora può esserci una soggettività differente da ciò che pensiamo del soggetto in quanto soggetto. La soggettività è divisa in molteplici esistenze. L'approccio di Lacan al soggetto psicoanalitico si avvicina a comprendere la concezione orientale della soggettività, come in Zhuang-zi.

Lacan parla del medesimo sogno nei capitoli V e VI del seminario XI, *I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*: 'Ricordatevi di quell'infelice padre che è andato a cercare un po' di riposo nella camera vicino a quella in cui riposa il figlio morto [...] e che si trova ad essere raggiunto, svegliato da qualcosa, che cosa? Non è solo la realtà, lo choc, il *knocking* di un rumore atto a richiamarlo al reale, ma traduce, nel suo sogno appunto, la quasi identità di ciò che avviene, la realtà stessa di un cero rovesciato che sta mettendo a fuoco il letto in cui riposa suo figlio' (Lacan, 1964/1979, p. 58). Cos'è che risveglia il padre dal sogno? Lacan insiste su questa domanda, per giungere ad affermare che ciò che risveglia dal sogno è *l'incontro con il reale*, non la realtà esterna del rumore proveniente dalla stanza accanto, ma la realtà psichica che si compie nel sogno come incontro con l'esperienza della morte del figlio. 'Padre non vedi, che brucio? Non c'è forse più realtà in questo messaggio' dice Lacan, 'che nel rumore per cui il padre pure identifica la realtà di ciò che avviene nella stanza accanto?' (p. 59); e prosegue più avanti ' [...] perché nessuno può dire cos'è la morte di un figlio [...] vale a dire nessun essere cosciente' (p.60).

Sempre nel VI capitolo del seminario XI Lacan fa un riferimento a Zhuang-zi e alla domanda che questi si pone al risveglio dal suo sogno della farfalla. Zhuang-zi ha doppiamente ragione, secondo Lacan, a dire al suo risveglio di non saper dire se avesse sognato di essere una farfalla o se fosse stata una farfalla a sognare di essere Zhuang-zi: perché non si considera assolutamente identico a Zhuang-zi e così, dice Lacan, prova che non è pazzo, e perché sa di non dire tanto bene, nell'opporre le due possibilità: 'Effettivamente, è quando era farfalla che si afferrava a una qualche radice della sua identità – che egli era, ed è nella sua essenza questa farfalla dipinta dei suoi colori – ed è per questo, nella radice ultima, che è Zhuang-zi' (p.78).

³² *Erlkönig* (Il re degli Elfi) è una ballata scritta nel 1782 da Johann Wolfgang von Goethe. Sui versi di questa ballata nel 1815 Franz Schubert compose il *lieder* omonimo per voce solista e pianoforte. La storia da cui Goethe trasse il suo poema deriva da un racconto popolare danese.

Quando sono diventato psichiatra, in Giappone, la psichiatria era divisa in due domini principali: il biologico e il sociologico. La conoscenza della psicoanalisi tra gli psichiatri era molto limitata. Io mi sono interessato alla psicoanalisi perché i miei pazienti mi hanno spinto in questa direzione. Cercai un buon posto dove studiare, in Francia e in Inghilterra, e al contempo conobbi due interessanti pazienti, entrambe donne, con un problema di anoressia. Una paziente aveva perso circa dieci chilogrammi e lamentava una difficoltà a inghiottire. Era qualcosa di diverso da ciò che intendiamo comunemente per anoressia nervosa. Era qualcosa in un certo senso di acuto. L'anoressia nervosa nelle donne giovani è spesso cronica e forse un problema di sviluppo. Questa persona, dicevo, si lamentava di una difficoltà ad ingoiare, fece degli esami di otorinolaringoiatria e non si riscontrarono problemi, così cominciammo a analizzare i suoi sogni. Dopo alcune sedute fece un sogno, nel quale faceva cadere delle persone in mare e poi dal mare le veniva restituito un *kanzashi*. E' un ornamento femminile, un fermaglio, usato in particolare quando si vestono abiti tradizionali. La paziente si sentiva come una *maiko*³³. La scena cambiava ed era nella stanza di una *maiko*, nella casa di una *maiko*. La *maiko* aveva un'eruzione cutanea sulla schiena e si batteva dietro. Quindi la scena cambiava di nuovo: siamo a questo punto in una scena di vendetta, un samurai fa irruzione da qualche parte per compiere una vendetta. Ho potuto dare un'interpretazione di questo sogno attraverso la teoria kleiniana. La caduta nel mare è un simbolo del parto. La scena di vendetta, invece, seguendo Melanie Klein, può essere letta come una vendetta contro la madre o contro se stessa da parte della madre. Melanie Klein teorizza l'esistenza di una lotta, molto concreta, corporea, tra madre e bambino. Tipicamente, secondo la Klein, nei bambini molto piccoli c'è la fantasia di prendere illegittimamente o di adottare illegittimamente un bambino dall'utero della madre. Quando ho proposto questa interpretazione, la paziente ha fatto un'associazione, dicendo che circa due anni e mezzo prima aveva avuto un aborto e si rendeva conto in quel momento che quell'esperienza era molto legata alla sua malattia. Arrivò a riconoscere una sorta di relazione di causa-effetto o una spiegazione della sua malattia. C'è un processo inconscio dentro di noi, nel momento in cui perdiamo qualcosa, che fantastica l'alimentazione di questo oggetto perduto dentro di noi. La nostra fantasia fa come se l'oggetto perduto sia un pezzo di cibo: lo prendiamo, lo incorporiamo e così lo ricostruiamo. Questo ricompensa, compensa la perdita dell'oggetto. Questo è il corso naturale dell'inconscio. Possiamo dire che nella paziente questo corso naturale sia stato interrotto da qualcosa. Dopo il sogno di cui ho parlato ne seguirono altri, in cui la paziente prendeva l'oggetto perduto come un pezzo di cibo. Ho potuto interpretare uno per uno questi sogni e durante il corso dell'analisi la persona ha riacquisito peso fino a guarire. Un'altra paziente fece un percorso simile. La cosa importante per me è che mentre stava guarendo, questa persona stava provando a tornare indietro nell'utero di sua madre. Nei suoi sogni voleva scalare luoghi dove c'erano cose come piccoli animali o bambini. Questo è un simbolo dell'utero materno. Ella stessa stava diventando madre ma nei suoi sogni lei era un feto, un feto perduto. Penso si sentisse come se lei stessa fosse questi feti e stava cercando di tornare nell'utero di sua madre, proprio come tornare nel suo stesso utero. Ciò è ovviamente impossibile ma sarebbe stato possibile se lei fosse stata sua madre. Se lei fosse stata sua madre, sarebbe potuta tornare nell'utero di sua madre; questo significa che il suo feto sarebbe potuto tornare nel suo utero. Sto parlando di uno spazio ipotetico, allegorico, simbolico. Normalmente impossibile, questo processo diventa possibile all'interno di uno spazio quadridimensionale, dove la differenza tra sé e sua madre sarebbe sospesa, il contenitore è sia l'utero di sua madre che il suo utero, il contenuto è se stessa e il suo feto. Con questa paziente ho dovuto risolvere questo tipo di problema e mi sono reso conto che avevo bisogno di una

³³ Apprendista geisha.

psicoanalisi nella quale potevo pensare una nuova dimensione dello spazio e una nuova dimensione della soggettività. Parlo di una differenza nello spazio nel senso che lo spazio può essere quadridimensionale, e parlo del soggetto nel senso che sia il feto che la madre possono essere entrambi soggetti. In questo mondo lei era il soggetto e il feto l'oggetto e il feto fu abortito, lei abortì il suo bambino, ma nei suoi sogni lei andò presso sua madre scalando ripide pendenze. La paziente aveva questa idea angosciante che sua madre avrebbe potuto abortirla: se io ho abortito questo feto, mia madre avrebbe potuto abortire me. Potrei non essere esistita in questo mondo, non posso sapere perché sono in questo mondo. Questa era la sua idea nascosta sulla propria esistenza: se mia madre avesse fatto quello che io ho fatto al mio feto, io non sarei esistita in questo mondo. Questa situazione ipotetica fu compresa nello spazio quadridimensionale. Avevo bisogno di una psicoanalisi che potesse comprendere questa visione, una topologia di spazio quadridimensionale e l'interconnessione, l'interscambio tra il soggetto e l'oggetto. Questa psicoanalisi poteva essere kleiniana, ma la psicoanalisi lacaniana fu per me la psicoanalisi che più era specializzata su tali questioni (spazio e soggettività), per questo la scelsi e andai a studiare sotto la direzione di Laplanche, che era stato analizzando di Lacan. Lacan era già morto quando andai in Francia.

Possiamo chiederle perché la maiko nel sogno?

La *maiko* è qualcosa di simile a una star del cinema e il *kanzashi* è simile a un premio, un premio Oscar. C'è una canzone popolare molto nota che dice: 'Ho visto un monaco buddista comprare un *kanzashi*'. E' una canzone satirica. I monaci non avendo capelli, come possono usare un fermaglio? Probabilmente per darlo in regalo a una *maiko*. Ci si aspetterebbe che i monaci buddisti praticassero una rigorosa asceti, ma in realtà non è così. Molti buoni clienti delle *maiko* nell'area di Gion, a Kyoto, sono stati monaci buddisti di alto rango. Come potete notare, in alcune città giapponesi, famosi templi buddisti e famose aree di piacere sono vicini gli uni alle altre³⁴. Questo è il motivo per cui il *kanzashi* è in un certo senso un oggetto prestigioso da ricevere per una ragazza. Noi abbiamo la parola *anten* per dire volgere al buio, significa il passaggio dalla luce al buio. Il sogno sembra dire questo: la luce è il

³⁴ In epoca Edo la vicinanza dei templi buddisti ai quartieri del piacere, in città come Kyoto, Edo (Tokyo), Osaka rispecchia un ordine sociale, di ispirazione confuciana, basato su un sistema di classi, rigidamente distinte e gerarchizzate (per virtù e autorità secolare): in cima alla gerarchia i guerrieri (*samurai*), seguiti dai contadini, gli artigiani, i mercanti. Rimaneva fuori da questa classificazione una quota ancora molto ampia e varia della popolazione, tra cui preti buddisti, artisti, attori, prostitute e i cosiddetti fuoricasta. Tutte queste categorie sociali furono fisicamente poste ai margini delle aree urbane e simbolicamente ai margini della società ordinata. Per una mescolanza di ragioni (la ricerca dell'asceti per i monaci, il timore da parte del *bakufu* che i piaceri sessuali o artistici potessero corrompere la virtù morale dei guerrieri) questi gruppi sociali si trovarono a convivere, appena fuori dal mondo e inevitabilmente in relazione con esso. Un punto interessante da considerare è che i quartieri del piacere, in grandi città come Edo, Kyoto e Osaka, divennero un fulcro straordinario di produzione artistica e letteraria che celebrò la vita degli uomini comuni, delle cortigiane, dei furfanti, facendo di queste figure marginali degli eroi e delle eroine. Prosa, poesia, pittura, opere teatrali, in un'intensa produzione, posero all'attenzione temi come il conflitto tra dovere e desiderio, tra legge pubblica e fedeltà privata (Gordon, 2003). Gli *ukiyo-e*, le immagini del mondo fluttuante, tra le forme pittoriche oggi più note del periodo Edo, volevano rappresentare l'effimero dei piaceri e dell'arte. Da queste esperienze scaturì un intero mondo letterario, quello dei *chōnin*, dei mercanti, che ebbe come riferimento la vita vissuta nei quartieri del piacere e celebrò l'edonismo in tutte le sue forme. Secondo Katō Shūichi, la cultura Edo si distinse in modo particolare per lo sviluppo di due mondi culturali separati, due sistemi di valori e modi di stare al mondo profondamente differenti tra loro ma non contrapposti, corrispondenti alle divisioni sociali del tempo: 'La poesia e la prosa cinese dei *samurai*, da un lato, il kabuki e la narrativa in giapponese dei *chōnin*, dall'altro. [...] L'influenza e il contatto tra queste due culture erano minimi' (Katō, 1983, p.5 [la traduzione è nostra]).

kanzashi che emerge dal mare; nella scena successiva siamo nella casa della *maiko* e la *maiko* ha una brutta eruzione sulla schiena. Questo è *anten* dalla luce al buio. L'eruzione cutanea in giapponese si dice *dekimono*; *dekiru* vuol dire diventare, compiere. L'espressione '*dekichatta kekkon*' in giapponese vuol dire matrimonio riparatore, ossia matrimonio a fatto compiuto. Così il *kanzashi* vuol dire sono molto fiera di essere incinta; l'eruzione cutanea significa mi sento molto male. Le due cose sono la stessa cosa. La stessa parola giapponese, *dekiru*, contiene entrambi i significati.

Questa sequenza di immagini può esprimere l'ambivalenza della madre?

Sì, questa ambivalenza era senz'altro dovuta al fatto che la donna non era sposata al tempo ed era molto labile circa la gravidanza, sentiva di non poterla portare avanti. Sì, dobbiamo pensare al contesto sociale in questo senso. Ovviamente possiamo pensare che se questo non fosse avvenuto in Giappone, la situazione sarebbe stata molto differente, per esempio se si fosse stati in un sistema con i PACS (*Pacte Civil de Solidarité*) francesi, sarebbe stato molto diverso.

Un'ultima domanda. Un problema rilevante che vedo in Italia lavorando come psicoterapeuta, è un sentimento di solitudine, di isolamento sempre più diffuso tra le persone. Fino agli anni '90 circa, in Italia abbiamo avuto un sistema sociale basato sul conformismo. Parlo di conformismo in questo senso: le persone si sentivano parte di un sistema di aspettative e regole sociali alle quali ciascuno doveva adeguarsi o dalle quali poteva differenziarsi. Oggi al contrario le persone si sentono isolate, in assenza di strutture e valori sociali in cui riconoscersi³⁵. Questo vissuto di isolamento credo renda più difficile sentire l'esigenza e l'utilità di riflettere sulla propria esperienza, sul proprio mondo soggettivo e così sta cambiando la funzione sociale della psicoterapia. Può dirci cosa vede dal suo osservatorio clinico in Giappone?

In Giappone c'è un interesse sociale crescente verso l'identità delle persone, intendo l'identità soggettiva, le fantasie, la storia passata, ma penso questo non sia sufficiente. Nel corso dell'epoca contemporanea si è riflettuto di più su questo, più profondamente di quanto non si faccia oggi. C'è una crescente domanda sociale di identità perché in Giappone ci siamo confrontati prima con il collasso della costruzione tradizionale della società, basata sul buddismo e sul confucianesimo; in seguito abbiamo avuto l'opposizione tra oriente e occidente, tra mondo comunista e mondo liberale, e anche questa struttura è collassata mano a mano. Ci stiamo confrontando ora con uno schiacciante potere del neoliberalismo e nel neoliberalismo ci sono correnti ambivalenti, ma c'è una corrente maggioritaria molto forte che genera conformismo: c'è soltanto un mondo in questo mondo. Ciò è molto curioso. Gli altri corsi d'acqua sono più piccoli, ma tuttavia importanti. Tutte le caratteristiche locali sono importanti e le caratteristiche locali possono essere un punto di riferimento per le singole persone. Così in Giappone abbiamo molte caratteristiche locali che possono essere vendute a altri paesi e questo ha unificato il paese. Ma al contempo il mondo si sta unificando in un senso totalizzante, così un mondo senza carattere si realizzerà nel prossimo futuro. Siamo in una situazione profondamente contraddittoria, che, è vero, abbiamo la tendenza ad affrontare ripiegandoci su noi stessi; così in qualche modo stiamo psicoanalizzando noi stessi. Ma questa tendenza è connessa al cambiamento neoliberalista dell'economia. La nostra casa è molto lontana dentro di noi, sospesa tra i nostri caratteri tradizionali e il carattere unificato del neoliberalismo. Certo questo è motivo di sofferenza.

³⁵ Per un approfondimento sul concetto di conformismo e sulla crisi del conformismo che oggi sta caratterizzando il sistema sociale italiano si veda Carli & Paniccia, 2011 (in particolare nella prima parte del libro, il capitolo 2).

Bibliografia

- Bucci, F. (2014). Cultural representations of mental illness in contemporary Japan. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 82-108 Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mental health services in Italy]. Milano: FrancoAngeli.
- Cheng, A. (2000). *Storia del pensiero cinese* [History of chinese thought] (A. Crisma, Trans). Torino: Giulio Einaudi editore (Original work published 1997).
- Freud, S. (1973). *L'interpretazione dei sogni* [The interpretation of dreams] (R. Colorni, Ed; E. Fachinelli & H. Trettl, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1899).
- Gordon, A. (2003). *A modern history of Japan. From Tokugawa times to the present*. New York: Oxford University Press.
- Harding, T., Shneider, J., Visotsky, H., & Graves, G. (1986). Japan Mission Report. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 10, 368-369.
- Katō, S. (1983). *A history of Japanese literature. Vol.2, The year of isolation*. (D. Sanderson, Trans). Tokyo: Kodansha International LTD (Original work published 1980).
- Koschmann, J.V. (1996). *Revolution and Subjectivity in Postwar Japan*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kumasaka, Y., & Yoshioka, S. (1968). The law of private imprisonment: fifty dark years for the mentally ill in Japan. *American Journal of Psychiatry*, 125(2) 213-216.
- Lacan, J. (1979). *Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi* [The four fundamental concepts of psychoanalysis] (S. Loaldi & I. Molina, Trans.). Torino: Giulio Einaudi editore (Original work published 1973).
- Robinet, I. (1993). *Storia del taoismo dalle origini al quattordicesimo secolo* [History of taoism from the origins to the Fourteenth century]. Roma: Astrolabio - Ubaldini Editore.
- Shingu, K. (2004). *Being irrational. Lacan, the Object a, and the Golden mean* (M. Radich, Trans.). Tokyo: Gakujū Shoin Publishers LTD.
- Shingu, K. (2008). Psychoanalysis and regulation in Japan. In I. Parker & S. Revelli (Eds.), *Psychoanalytic practice and State regulation* (133-143). London: Karnac Book LTD.
- Shingu, K. (2009). Oedipus and the Other in Japan. *Annual Review of Critical Psychology*, 7, 277-285.
- Shingu, K. (2010). Freud, Lacan and Japan. In N. Cornyetz & J. K. Vincent (Eds.), *Perversion and Modern Japan - Psychoanalysis, Literature, Culture* (261-271). New York: Routledge.
- Totsuka, E. (1990). The history of Japanese psychiatry and the rights of mental patients. *Psychiatric Bulletin*, 14, 193-200. DOI:10.1192/pb.14.4.193
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*. (G.E.M. Anscombe & R. Rhees, Eds.). Oxford: Blackwell.
- Zhuang-zi [Chuang-tzu]. (1982). (K. Liou, Ed.). Milano: Adelphi.

Austerity and precarity: The social milieu creeps into the psychotherapeutic context

Sofia Triliva^{}, Anastasia Georga^{*}*

Abstract

The focus of this study is on psychologists' accounts of how their psychotherapy work has been impacted by the socioeconomic crises that have had unprecedented effects in health care services and people's lives in Greece. Thirteen semi-structured interviews were conducted with psychologists in Community Mental Health Centers in Athens and Crete aiming to obtain nuanced and in-depth reflections on psychotherapeutic practice in the midst of socioeconomic hardships. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was used to analyze the experiential accounts of the participants, derive themes in each transcript, connect the themes, and cluster the themes across the interview protocols. Three overriding and interconnected themes were derived: 1) Austerity: "Poverty, tragic circumstances and deficiency, are creeping into the therapy sessions"; 2) Empathizing or identifying with versus solidarity; and, 3) psychotherapy and precarity. Discussion focuses on the antithetical aspects of the psychologists' reflections and the social versus the intrapsychic interpretations that they apply in discussing their psychotherapeutic work.

Keywords: austerity; precarity; psychotherapy; Interpretative Phenomenological Analysis; socioeconomic crises.

^{*} University of Crete, Department of Psychology, Rethymno, Crete, Greece. Corresponding author: Sofia Triliva triliva@uoc.gr

Introduction

A great deal of dialogue and social science discourse has focused on the world financial crisis and the ensuing austerity policies that have been playing havoc on peoples' lives, livelihoods, and overall health (Kentikelenis, Karanikolos, Reeves, McKee, & Stuckler, 2014; Stuckler & Basu, 2013). The people in Greece have been burdened with a multitude of crises that have taken hold in the country and their health (Kondilis et al., 2013; Zavras, Tsiantou, Pavi, Mylona, & Kyriopoulos, 2012) and mental health (Anagnostopoulos & Soumaki, 2013; Economou, Madianos, Peppou, Patelakis, & Stefanis, 2012; Stavrianakos et al., 2013) have been affected. The socioeconomic crises have had unprecedented effects on people's everyday lives and the concept of crisis has been applied to describe people's lived social, work, family, and self experiences. The financial crisis has impacted people's lives gravely, and a large sector of the population has confronted social, economic, and political implications, including high unemployment rates, poverty, exclusion, political instability, injustice and lack of social cohesion (Council of Europe, 2012, Resolution 1885). Moreover, people have read, heard, and used the word 'crisis' so many times that they often are at risk of feeling lost in its meaning.

Knight (2012) in his analysis of the crisis in one geographical area in Greece describes how personal, collective and cultural memories of the "Great Famine" during World War II are superimposed and embodied by people as they transverse the multitude of crises today. Emotional identifications through the processes of nationalism and collective memory bring the felt-sense and embodied experience of oppression, fear, hunger, scarcity, austerity, precarity and overwhelming hardship to the forefront. In this fashion the current crises are symbolically colored with the poignancy of the World War II years superimposing historically and culturally into peoples' daily lives. Whilst, learnings derived from experiences, stories and readings that had become part of social or collective memory reverberate piercingly mentally, morally, behaviorally and politically in recurrence of another world-wide and Greek crisis. As Knight (2012) writes, "this is to say that memories of crises are embodied and experienced to the core; they are not merely a reaction to or an analysis of a contemporary critical event" (p. 358).

Austerity and precarity along with the 'psychology' associated with them have occupied and been featured in one Greek publication which focused on the World War II occupation and famine years. The book was originally published in 1947 and titled: Contribution to the study of the psychopathology of hunger, fear and anxiety from the medical chronicle of the occupation: neurosis and psychoneurosis. The Psychiatrists F. Skouras, A. Catzidimos, A. Kaloutsis, and G. Papadimitriou (1991) were the authors. Their research was based on the analysis of interviews, journal entries, and observations. They focused on two forms of what they dubbed "psychopathology" - hunger and terrorism. Using excerpts from their data and relying on all of the bibliography available, they described and interpreted all that hunger was for the population at that time. The book expatiates and distinguishes between the subjective-embodied and the objective realities of famine. Along these lines, most of the evidence and argumentation culminates by depicting how people's realities were an amalgamation between the unprocessed and natural matter of existence (no food, death everywhere, beatings, and weapons) and people's mental phenomena. Moreover, they describe how resistance (acts or praxis) was the route toward social and personal salvation and healing.

Current research and scholarly work has enumerated the social ills that the continuing and now long-term crises have engendered. They include staggering unemployment (27% for the general population and nearly 60% for the under 25 years of age), steep reductions in wages and earnings, increased taxation (Hellenic Statistical Authority, 2014¹), declining access to health services and their privatization (Kondilis et al., 2013), poverty and homelessness (Stamatis, 2012), suicidality (Economou et al., 2012; Stavrianakos et al., 2013) and overall

¹ www.statistics.gr (accessed February 2014).

uncertainty about financial matters and precarity regarding employment (Chung & van Oorschot, 2010). There is also a reported overall decline in people's health (Vandoros, Hessel, Leone, & Avendano, 2013). The detrimental effects of the financial and other social hardships correspond to massive injustices and inequalities which, in turn, have been linked to mortality, diminishing health and mental health, a vicious cycle of injustice, deprivation, and precipitous decline in health outcomes (Karanikolos et al., 2013) and morbidity due to impacted physical health and restricted access to public health services (Stuckler & Basu, 2013).

As it is evidenced in the literature cited above regarding health indices people are distressed. It is at this time of great need for publicly funded services that systemic changes and severe cutbacks affecting mental health services and their delivery have been put into place (Christodoulou & Anagnostopoulos, 2013; Grammatikopoulos, Koupidis, Pefelos, & Theodorakis, 2011). In addition there is evidence that mental health services have been inundated with calls and referrals (Ifanti, Argyriou, Kalofonou, & Kalofonos, 2013; Triliva, Fragkiadaki, & Balamoutsou, 2013) and are hard pressed to accommodate and respond to people's needs. Despite the considerable amount of research on the "healthconomic crises" – health outcomes associated with public health-care restructuring where the government's cuts in spending to fit neoliberal economic adjustments have negative consequences (Williams & Maruthappu, 2013) and on its impact in health and mental health services there is no research to our knowledge addressing if and how the crises are impacting psychotherapeutic work. There is one empirical paper on the impact of the crises on mental health services (Triliva et al., 2013) and 4 theoretical papers focusing on psychotherapy in private practice. In one of these papers, Apostolopoulou (2013) focuses on fees when clients can no longer afford therapy and the need to be mindful of the symbolic significance of the exchange of money without, however, delving into the psychology of scarcity, precarity and debt. In second theoretical paper, Skourteli (2013) presents a theoretical account of the impact of the crisis on mentalization giving little credence to the social underpinnings of the crisis and focusing on individual mental phenomena. Vallianatou and Koliri (2013) offer a theoretical argument on same-culture identities (where therapist and client are from the same culture) in the therapeutic relationship in times of economic crisis without taking into account cultural memories of famine, hunger and terrorism of the War World II years. Mentinis (2013) taking a radical critical psychology perspective argues that psychologist in Greece have adopted and developed neo-liberal and individualistic discourses that promote "social atomization," the logic of bolstering personal defenses and the creative potential, and adhering to the perspective that the crisis is also an opportunity at the expense of emancipatory (attempts to free the populace from the oppressive fiscal restraints imposed by the International Monetary Fund, the European Central Bank, and the Greek government), resistance, and solidarity discourses.

In summary, research focusing on the crises in Greece has primarily come from a public health perspective concluding that peoples' health is in peril and has been deeply affected. Research from the mental health field has urged for community mental health services and different foci in psychotherapy. Empirical work focusing on psychotherapy and how it has been affected by the crisis has not been published to this date. This research endeavor aims to contribute to bridging this gap by exploring how psychologists in their roles as psychotherapists are interpreting the outcry for psychological assistance, and if and how- the tumultuous social context has been impinging on their therapy work. In addition, the paper is an attempt to contribute to the Special Issue of *Rivista di Psicologia Clinica* which is dedicated to interpretative models of mental health and illness through an international and interdisciplinary dialogue and exchange.

Methods

Methodology

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

142

Triliva, S., & Georga, A. (2014). Austerity and precarity: The social milieu creeps into the psychotherapeutic context. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 140-153. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

The present study focuses on the socioeconomic crises that have taken hold in Greece during the past four years and how psychologists working in the public sector are reflectively interpreting the crises impact on the psychotherapeutic process. The idiographic nature of this study entailed capturing, analyzing and reporting how the professionals talked about the psychotherapeutic process, their clients, and their roles within the crises-ridden milieu. The study aims to develop understanding as to what psychologists are saying about psychotherapy conducted in the midst of socioeconomic crises and to explain why they are talking about their work in the way they are. In other words the tensions and contradictions in their accounts will be focused on, identified and unpacked. A phenomenological epistemological approach was implemented in clarifying and examining the psychotherapists' reflections and interpretations, particularly as expressed by Spinelli (1989): "to rephrase this issue phenomenologically, we can say that we are concerned with the difference, if any, between the appearance of things and what those things actually are (that is, 'the things themselves')" (p. 7).

Participants

Participants were recruited by contacting them first by phone and in person through a snowballing procedure. A total of 18 psychologists working in publically funded Community Mental Health Centers (CMHC) were contacted through these methods and 14 agreed to participate. The participants worked in 6 different CMHC serving lower middle class (2), middle class (3), middle and upper-middle class (1), and mixed including rural communities. Four of the CMHC are in the Athens metropolitan area and 2 are on Crete. The participants were all seasoned therapists and professional experience ranged from 8 to 27 years. There was variation in psychotherapeutic orientation with 6 participants having been trained in systemic theories and intervention strategies, 4 stated that their orientation was psychodynamic, 2 cognitive behavioral, 1 cognitive behavioral and systemic and 1 psychoanalytic. They were informed about the nature of the study and provided consent. The research protocol was approved by the Department of Psychology's Ethical Review Board.

Data collection

Fourteen semi-structured interviews were conducted by the two researchers. The psychologists provided rich, detailed and complex accounts of their work. Both researchers adhered to the same protocol which included the following core questions:

1. Has your work as a psychotherapist been impacted by the socioeconomic crisis? How?
2. Can you reflect upon and discuss the presenting problems people have been bringing to therapy ever since the economic crisis began.
3. Can you please describe how you have conceptualized or formulated the economic difficulties people bring into the therapy session?
4. How has your psychotherapeutic praxis been impacted by all the changes in healthcare policies?
5. Have you, alone or with colleagues, thought or considered changing the way services are provided or your psychotherapeutic praxis?

Both researchers asked additional questions and prompted and encouraged detailed discussion about the psychologists' work, roles, and the psychotherapeutic methods they applied. They did not offer their point of view and neither one is currently working in the role of a psychotherapist.

Data analysis

Data from the 14 interviews and the field notes were audio-taped, transcribed, translated to English and subjected to Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). IPA was considered a suitable method in capturing how participants made

sense of their psychotherapeutic practice. The interview transcripts were first analyzed separately and then compiled for analysis following the methodological guidelines outlined by Smith et al. (2009). The following procedures were adhered to: (1) the interviews were read, re-read and analyzed in detail using descriptive, linguistic and conceptual comments by the first author; (2) codes were derived by focusing on the meaning conveyed by the participants, discussed in order to understand the content and complexity of the meaning, and considered interpretively by both researchers by looking for themes for each interview protocol, and (3) connecting and clustering the phenomenological themes through inductive procedures and a process of deliberation and dialogue.

Findings and discussion

All of the psychologists that took part in this study explained that they have been inundated with work at the CMHC where they work since the advent of the crises. They elucidated that service seekers “are not disturbed psychologically and do not have major psychological problems” (Male Psychologist, Crete) and “people have psychosocial problems due to the socioeconomic crisis and not psychological problems” (Male Psychologist, middle class community, Athens). Therapists describe, however, that “people are psychosocially worse off and in extremely precarious positions” (Female Psychologist, Crete) and “due to the crisis people’s problems have deepened, for example, anxiety issues got worse, depression, even family violence” (Female Psychologist, lower middle class and working class communities, Athens). There is ample evidence in the literature that empirically substantiates these observations (Christodoulou & Christodoulou, 2013; Kentikelenis et al., 2014; Kondilis et al., 2013; Skapinakis et al., 2013). Moreover, the participants acknowledged that the number of service seekers increased because “people can no longer afford to pay for therapy in private practice settings” (Male Psychologist, serving middle class community, Athens) and that “people need psychotherapeutic support more and more” (Female Psychologist, Crete). The demographics of the population seeking services have also changed in that “younger and greater numbers of males who do not have a history of psychological problems” (Female Psychologist, serving lower middle class community, Athens and Female, Crete). They also all noted that they are now seeing people for short-term therapy, are more ‘supportive’ in their approach and are under great pressure. Despite these assertions 10 of the 14 of the psychologists initially outwardly stated that psychotherapy did not change as a process. An example of this initial ‘denial’ that psychotherapeutic processes had not changed follows.

“The psychotherapy has not changed... all that has changed is that in the process the issue of surviving economically comes up and I am more supportive. It is necessary to make more obvious to a young person what his potentialities are. One needs to be supportive because there is disappointment and desperation. We try to empower people so that they do not give up, to see what their next steps should be, to believe that they can survive. This takes a lot of energy from the therapist, much more than therapists exerted before” (Female Psychologist, lower middle class community, Athens).

It is within the nexus of these paradoxical responses: “psychotherapy has not changed” yet, “people’s presenting issues are closely tied to the crisis” and “I am much more supportive” that the following core themes emerged: 1) Austerity: “Poverty, tragic circumstances and deficiency, are creeping into the therapy sessions”; 2) Empathizing or identifying with versus solidarity; and 3) Psychotherapy and precarity.

These themes were evident in all the protocols and recurred even within the same interview. In addition they were often overlapping and difficult to disentangle. Perhaps, the crisis has infused daily life to such an extent that the power that it yields is all encompassing and materializes at aggregate and intricately intertwined levels as part of the social, political, cultural, and economic milieu. Likewise, the crisis invokes fear and unevenness in power

relations that materialize in households, neighborhoods, workplaces, and communities (Ettlenger, 2007). In the analysis that follows we attempt to disentangle these themes.

1) Austerity: “Poverty, tragic circumstances and deficiency, are creeping into the therapy sessions”

Ten of the fourteen psychologists noted that therapy had not changed since the advent of the relentless austerity measures. Their arguments, however, did not appear to support their immediate reactions regarding how unaltered the psychotherapeutic process has remained in light of financial desolation and social instability. Two characteristic excerpts are provided below.

“There is no change in the psychotherapeutic process. I have seen a tremendous change in children regarding the economic realities families are confronting, children who are depressed, adolescents who come and cry because there is not enough to eat at home, there is no money to buy clothes... younger children whose families can no longer afford to pay for foreign language lessons. Our catchment areas (names two towns) have been hard hit, and unfortunately we, more often than not, see families where both parents are unemployed. Some survive on tiny pensions that grandparents are receiving. All the more people are living under tragic circumstances” (Male Psychologist, serving lower middle class community).

The harsh austerity measures have literally impinged upon people’s bodies and they now manifest “anxiety and depression”. Therefore, changes in the economic realities within the community are transported into psychotherapy time and space.

“People mention the economic crisis a lot, they talk about being financially distressed or unemployed, even if they are employed fiscal uncertainty is mentioned, they have become major issues discussed in therapy... people express despair, some feel desolated and desperate due to the financial problems they are confronting... these issues creep into therapy and into people’s psyche, mostly with anxiety reactions and depression” (Female, CMHC serving middle class community).

The excerpts from the transcripts above coincide with similar reflections from other participants and portray that the psychologists, on the one hand, state that the socioeconomic crises have not impacted therapy and, on the other, describe presenting problems and the service users themselves as being different from those before the crisis years. These shared interpretations illustrate and reproduce, to a great degree, consensus viewpoints which are automatically agreed upon by professional groups (Spinelli, 1989) and, in this instance, a group of psychologists that are individual-focused and a-political. It is very difficult to decipher however, if these professionals privilege or place emphasis on autonomy and by doing so, “de-legitimize” the literal and social effects of austerity (hunger, unemployment, and interpersonal and societal desolation) and publically “de-authenticate” (Buchanan, 2012) these social issues by delegating them to the intrapsychic realm of existence and experience. The participants do use diagnostic labels such as “depression” and “anxiety” in discussing the problems presented in psychotherapy oftentimes reifying, individualizing and de-politicizing theories and therapeutic interventions (Bondi, 2005). These modes of conceptualizing and intervening have been criticized for proliferating inequality, social invalidation and exclusion. Such ‘psychotherapeutic technologies’ (Bondi, 2005) are, oftentimes, equated as being part and parcel of the austerity and occupation regimes (Buchanan, 2012; Skouras et al., 1991; The Marmot Review, 2010). That is social and economic policies put into place by the European Central Bank and the IMF (outside forces, ‘occupiers’) that are oftentimes considered “disciplinary” (Stewart, 2014) and particularly incapacitating for specific groups of people.

On the other hand, 4 psychologists also noted that their work had changed and interpreted the austere social reality as being inextricably tied to the literal, embodied, and harsh effects on people’s lives. The psychologists in this study mentioned diagnosis and treatment regimens,

emphasizing how the social precursors were the core dynamics for the etiopathogenesis of the people's problems. The following excerpt from one of the protocols depicts this antithesis, where social problems are equated with anxiety symptoms.

“Some have lost their jobs, others feel pressured by family life and others talk about being in a precarious social and economic position. They have lost great portions of their incomes and are in danger of losing their jobs completely, being made redundant. They are in a precarious insecure state of being and their social positioning is precipitously declining... and this trickles down to their family lives and it comes into the therapy sessions... in the form of anxiety symptoms” (Female Psychologist, CMHC in Crete).

Along the same lines, these 4 psychologists described the importance of prevention, setting up social support networks and community outreach services. From their perspective “the crisis is at the societal level, one of values and relationships and at CHMC that is where our work should focus” (Female, Psychologist, Crete). Yet again, the antipode to the social interpretations is the intrapsychic dynamics.

“People talk about and mention the economic crisis a lot, they discuss economic difficulties or unemployment, having or not having work, the economic issues are overriding and salient ones... although I do not have statistical data, I would say that all this is tied to the manifestations of anxiety or with depressive symptomatology. There is an underlying core for anxiety reactions and this kind of psychic distress goes hand-in-hand with the desperation, desolation and hopelessness which are on the surface of the depressive condition” (Female Psychologist, serving middle class community, Athens).

This type of privileging of internal states, dynamics, and intrapsychic mechanisms can be interpreted as dismissive of the social, political, economic, and cultural exigencies that social networks and resistance strategies intend to combat (Ettlinger, 2007; Mentinis, 2013). Their interpretations and conceptualizations of the crises and their impact fall short of placing emphasis on the social positioning of the subject and how such political (dis)placement differentially exposes people to socioeconomic and political violence. This can be interpreted as “reflexive denial” of the prominent and all encompassing precarious social context, along with the concomitant attachment to individualistic theories for conceptualizing and treating people's problems “legitimize the constructed boundaries, and in the process aim at eliminating... possibilities for negotiation; the tensions between these goals and material realities helps explain misrepresentations that can be catastrophic at multiple scales, re-creating precarity” (Ettlinger, 2007, p. 319). In other words, personhood (the cultural and legal recognition of the equal and unalienable rights of human beings) is placed in a precarious position; where groups of people can more readily become marginalized, excluded, and demoralized. This occurs when the social norms are kneaded into one's being and recapitulated (Butler, 2009). According to Kotraski (2012):

Social reality is a normative structure that is simultaneously external and internal to the actors. It is external in the sense that it represents constraint on their ability to achieve their goals. It is also internal because the normative structure establishes culturally and historically specific ways in which actors think and the norms that guide what is acceptable (p. 12).

For the people living in Greece, the current social reality reverberates back to the ‘last occupation’ as they often say, the World War II famine and occupation years. Occupation or ‘colonization’ (Stewart, 2014) holds a prominent and complex significance for the Greek people. It refers to the Ottoman occupation years, the WWII Nazi occupation years, and the political and economic situation that has currently been imposed by outside forces, neo liberal policies, globalized business and mass media. All this occupies people minds and psyches

with worry and dread. As Knight (2012) highlights, memories of the Great Famine “are embodied and experienced to the core; they are not merely a reaction to or an analysis of a contemporary critical event” (p. 358). The psychologists do not take these ‘historical memories’ into account in their interpretations. They also do not fully consider how people who experience crises can change psychologically, morally, and politically, (Knight, 2012; Skouras et al., 1991). The therapists’ interpretations fall short of showing how the social delegitimization and de-authentication (Buchanan, 2012) can be rectified through resistance which was highlighted in Skoura et al.’s (1991) treatise on the scarcity, hunger, terrorism, uncertainty, and hardship that prevailed during the occupation years. According to Skoura et al., (1991) the WWII occupation was overcome via resistance (fighting to thwart or overcome foreign occupation) which was an active and therapeutic stance. The psychologists appear to accede to the pressures of their individual-and intervention-focused theories where diagnosis, symptoms and treatment are core components of conceptualizations of these human realities. Clinging on to their ways of knowing and intervening is understandable in the face of such adversity, and although, this on the surface goes against the “resistance” (an organized force to oppose the disciplinary austerity measures) that social scientists studying the austerity realities are calling for (Buchanan, 2012; Kentikelenis et al., 2014; Kondilis et al., 2013; Stuckler & Basu, 2013). At other levels the participants “portray themselves as politically engaged, and argue that the practices in which they are embedded contain politically subversive possibilities” (Bondi, 2005, p. 498). This materializes via empathic processes.

2) Empathizing or identifying with versus solidarity

All of the psychologists interviewed mentioned that they understood the experiences, sentiments, emotions that people expressed regarding the austerity policies and their impact, and that it was this level of understanding, that has impacted their work greatly. The therapists differed in how they interpreted these dispositions or aesthetic experiences of other humans; for some it can be interpreted as empathy/sympathy, for others identifying with and for a few solidarity.

Thinking of me and thinking of you: empathizing or sympathizing, “taking people’s problems home”

“I have been working for many years, I am well-seasoned by now in my professional role... I learned how to leave people’s problems at the office after all these years, but more and more recently the adolescents’ tears disturb me... it is unbelievable what is happening, it is so tragic that it permeates everything... and believe me, I am not overstating things, they come here to talk about their problems and somehow they become mine emotionally” (Male Psychologist, serving lower middle class community).

It is difficult to disentangle if the psychotherapist who made the above statement is empathizing, that is fusing with the feelings or suffering that the adolescents voiced during the therapy sessions or if he sympathizes with them as human beings who are in a state of profound vulnerability but does not feel what they feel (McLeod, 1994). In contrast in the quote below the psychologist identifies with the service users.

“We now see people who are not by any means chronically mentally ill. They are people who experience the same things we do on a daily basis... major doses of stress that impact their and our lives, they present with anxiety issues. There is oftentimes no evidence of pathological dynamics, they are having problems adjusting to all that is going in their everyday lives. We are all adjusting and re-adjusting... constant change. We have all been violated” (Female Psychologist, Crete).

Freud (1921) stated, “identification is known to psychoanalysis as the earliest expression of an emotional tie with another person” (p. 105). Although we do not use it here with its psychoanalytic meaning, it is an emotional tie that the psychotherapist implied, a tie that

brings her very close to her client's internal frame of reference of being "stressed" and "violated."

Solidarity among fellow sufferers

In the literature focusing on health and emanating from Greece in the past 4 years health professionals and lay people alike are urged for solidarity, resistance and community interventions. Milionis (2013) makes an argument for ethical practice and solidarity. Kondilis et al., (2013) categorically state: "as the populations of Greece and other European countries face unprecedented austerity policies, the dangers to public health likely will deepen, unless popular resistance leads to the defeat of such policies" (p.15).

Karanikolas et al. (2013) write that public health voices have not been heard and that although civil society organizations have made an effort to publicize the deleterious effects of spending decreases for public health, thus far nobody appears to be listening and or there is a great deal of "denialism" (Kentekelenis et al., 2014). According to Herman (1992), "denial, repression and dissociation operate on a social as well as an individual level" (p. 4). Christodoulou and Christodoulou (2013) make a strong case for talking a community mental health perspective and establishing networks of care, alliances between agencies and prevention initiatives. This is echoed by one participant in this study.

"Relationships, social-networks, solidarity, mutual support, and sharing...are...the core components of the social crisis and what needs to be fixed in order to bring about change" (Male Psychologist, middle class community, Athens).

Sealing or bracketing the professional self off instead of pursuing solidarity and camaraderie in confronting adverse circumstances is a quandary for the psychotherapists. Yet, all of them have a tendency for 'apt for 'resisting' by doing their outmost in that they strongly sympathize and identify with the service users and display their solidarity by doing so. The following quote exemplifies this:

"People who come for services are like us, they are not different to us. It is difficult to support such a person and at the same time very important because essentially you are supporting yourself...We have changed at the CMHC, we are now actively pursuing social solidarity... As we confront fear and agony we are offering more here at our center, due to the socioeconomic crisis we as staff are giving more than before" (Male Psychologist, Middle Class Community, Athens).

The first psychologist quoted above sets the tone by emphatically describing the ubiquitous nature of precarity and highlighting that the reality of professionals is not different from the people they serve. The second and third psychologists call for social solidarity, unity and cohesion in confronting austerity, precariousness, and unjust policies. Violation, oppression, and injustice bind people together ideologically, politically, and in their resistance and opposition. According to Skouras et al. (1991), "fortunately, there was movement for reorganizing and counterattacking. From within the fiery circle of the horrific ordeal a huge effort towards resistance to the imminent extinction sprung forth" (p. 8). For them resistance was therapeutic culturally and individually during the occupation and famine years of World War II, this is also perhaps, part of the 'culturally proximal social memory' of the people experiencing the current difficult situation (Knight, 2012). Perhaps, such 'cultural proximal memories' need to be processed and interpreted in psychotherapy sessions.

It is important to note here that although the psychologists empathized, sympathized, noticed similarities between themselves and their clients, or allied with them in solidarity they did not place themselves in the "anxiety" or "depressed" category but in what they called positions of "uncertainty" regarding work, employment and earnings. Perhaps, in this manner, portraying how they have professionally accepted as truth aspects of subjectivity that the neo-liberal models of professionalization have installed. In other words they have uncritically accepted

that experts or professionals shall not confront economic and psychological uncertainty while anxiety ridden clients do because of to their psychological makeup. Nevertheless, contradictory to this, they depict how they work “within and against” the system in an effort to resist the impact of policies that they had, just prior to the crises, considered themselves a part of (Bondi, 2005).

3) Psychotherapy and precarity

As noted above the level of deficiency and poverty was a primary focus of how the participants talked about the presenting problems of the service users and were concomitantly the issues that affected them the most. These issues seem to place both the service users and the psychotherapists in a precarious position in that they added strain and risk and magnetized the already difficult therapeutic situation. The difficulties in the CMHC were further exacerbated by the increasing contingency, instability and uncertainty brought on by the cutbacks and changes in health and welfare policies (Kentikelenis et al., 2014; Kondilis et al., 2013). As it is evidenced from the quotes below, these changes placed the ‘life’ of the centers and the professionals working there in precarious positions. Hence, fragility, worry, strain and unpredictability (Ettlenger, 2007) began to corrode the psychologists’ lives and the atmosphere in all CMHC. The excerpts below highlight how as Ettlenger (2007) writes, “precarity inhabits the microspaces of everyday life” (p. 319).

Unable to predict one's fate: instability and precarity become widespread

The psychotherapists highlighted the power of the austerity measures to invade all aspects of life and to bring vulnerability to the forefront. The contingent work conditions and the funding constraints invoke fear in both the staff at the CMCH and the service users and as Ettlenger (2007) describes, “precarity spares no one, haunting even privileged persons, who like everyone else, cannot escape the terror of the disease” (p. 322).

“The surrounding and prevailing atmosphere is that there are no funds, no money in Greece and certainly these issues in lacking and deficiency at the national level, trickle down to less and less funding for mental health services. In our field there is a great deal of insecurity, fear and a negative climate. Which agencies will close? This creeps into one’s work” (Female Psychologist, Crete).

Jobs and livelihoods are at stake and in the social imaginary people talk about this by stating, “who will have money to eat” or “be eaten” (idiom meaning-lose their job, house, and/ or family and livelihood). Parallels to what Skouras et al., wrote 67 years ago in reference to the 1941-1942 “Great Famine” are very striking:

In no other country were the occupation conditions so merciless; nowhere else did the diptych hunger-terrorism create such a brutal and unrelenting reality. The particularity of that period can be interpreted and linked to the social restructuring that the occupation triggered. The declining and deteriorating conditions were most notable within economic transactions, and consequently, in every cultural facet of being and relating. The same disintegrative and regressive tendencies were also obvious in every manifestation of psychic life, which was so severely disturbed by the occupation (p.8).

In the social imaginary the famine years have returned and experiences of desolation, devastation and precariousness prevail.

Existential precarity: danger for the mental health field

According to Ettlenger (2007) “precarity crosscuts spheres of life; it infuses life” (p. 323) and this appears to be what the psychologists are expressing below.

“I don’t think that I have changed in my role as a psychotherapist. If we take the perspective of my role as a service provider in an agency I have seen change. I have experienced great

agony and anguish. There is great anguish with regard to the provision of services to great numbers - therapy sessions, numbers, people... this quantifies work it renders it a numbers game. I think that in the long run it will have an impact on all and everything” (Female Psychologist, serving middle and upper middle class setting).

The psychologist in this quote is describing how precarity has permeated her work life and how it may pervade “everything”. Another participant focuses on the unpredictability of work and the political and social context.

“In the past couple of years things are chaotic (in providing mental health services), there are mergers, re-organizing. In our Center the past two years have been like living with the constant quandary month-by-month, are we going to exist the next month... In the mental health field we do not know if we will be living tomorrow. Nobody knows. Uncertainty about the future knocks on our door too. We are not above the gods or the mortals... This is existential, survival issues, what will we do to survive, we and the people” (Male Psychologist, serving lower middle class community, Athens).

Precarity here is equated with life or death where political and economic conditions are induced on a large sector of the population and people may be ‘harmed,’ violated, or placed in great peril of the type that they fear for their survival (Butler, 2009). It is very interesting that all of the psychologists interpreted the difficulties they have been experiencing at work as precariousness while the service users’ experience was mostly understood and classified in terms of stress, anxiety, depression or psychic pain. Service users and professionals are part of the same context or are they being “differentially exposed to injury, violence, and death”? (Butler, 2009). Or, are the psychologists groping for certainty (Ettlinger, 2007) in their efforts to understand what is going on in people’s lives? After all, their task is to seek and achieve equilibrium, order, and a cure and not to delve into the complexities of the social determinants of health which change through political will and action and not psychotherapy (Buchanan, 2012; The Marmot Review, 2010). Nevertheless, the political, economic, social, cultural and ecological conditions are vital in understanding the everyday lives of people and when they are not taken into consideration misinterpretations occur (Ettlinger, 2007). If these conditions are not taken into consideration in intervening, those yielding power will be given ample excuses not to listen and to do very little about ameliorating or changing the policies that are detrimental to people’s health and well-being.

Conclusions

The psychologists who participated in this study described how they understand and make sense of the great need for mental health services that has become evident during the past ‘crisis’ years in Greece. They also provided somewhat antithetical accounts of how the complex and crises-engulfed social context is “creeping into” psychotherapy sessions. The psychologists did use ‘psychopathology’ terminology, yet, also mentioned people’s experiences of financial poverty, destitution, and misery. Their accounts of empathizing, identifying with and solidarity appear to be their modes of resistance to policies that both professionals and service users find dehumanizing and oppressive. There are limitations to this study however that limit the scope and depth of the findings. It was based on reflections on psychotherapy practice and not actual recording of processes that took place. Further research, focusing on psychotherapeutic processes as well as wide-scale empirical studies of how people make sense of their lives within this ‘crises-ridden’ social context is essential.

References

- Anagnostopoulos, D.C., & Soumaki, E. (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 131-134. DOI: 10.1007/s00787-013-0377-y
- Apostopoulou, A. (2013). The impact of the economic crisis on the private practice of counselling and psychotherapy: How much are clients and therapists 'worth'? *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15, 311-329. DOI: 10.1080/13642537.2013.849274
- Bondi, L. (2005). Working the spaces of neoliberal subjectivity: psychotherapeutic technologies, professionalisation and counselling. *Antipode*, 27, 497-514. DOI: 10.1111/j.0066-4812.2005.00508.x
- Buchanan, D.A. (2012). The austerity bargain and the social self: conceptual clarity surrounding health cutbacks. *Nursing Philosophy*, 14, 38-44. DOI: 10.1111/j.1466-769X.2012.00549.x
- Butler, J. (2009). Performativity, precarity and sexual politics. *Anthropologos Iberoamericanos en Red*, 4, 1-13. DOI: 10.11156/aibr.040305
- Christodoulou, N.G., & Anagnostopoulos, D.C. (2013). The financial crisis and the future of mental health in Greece. *International Psychiatry*, 10, 3-6.
- Christodoulou, G.N., & Christodoulou, N.G. (2013). Financial crises: impact on mental health and suggested responses. *Psychotherapy and psychosomatics*, 42, 279-284. DOI: 10.1159/000351268
- Chung, H., & van Oorschot, W. (2010). Employment insecurity of European individuals during the financial crisis: A multi-level approach. *Working paper on the reconciliation of work and welfare in Europe. European Commission Sixth Framework Programme*. Retrieved from <http://www.socialpolicy.ed.ac.uk/.../REC-WP>
- Council of Europe, Parliamentary Assembly (2012). *Resolution 1885. The young generation sacrificed: social, economic and political implications of the financial crisis*. Retrieved from <http://assembly.coe.int/ASP/XRef/X2H-DW-XSL.asp?fileid=18918&lang=en>
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Patelakis, A., & Stefanis, C.N. (2012). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145, 308-314. DOI: 10.1016/j.jad.2012.08.008
- Ettliger, N. (2007). Precarity unbound. *Alternatives*, 32, 319-340. DOI: 10.1177/030437540703200303
- Freud, S. (1921). Group psychology and the analysis of the ego. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 105-110, 123). London: Hogarth Press.
- Grammatikopoulos, I., Koupidis, S., Pefelos, E., & Theodorakis, P. (2011). Mental health policy in Greece: Implications into practice in the era of economic crisis. *European Psychiatry*, 26 (Suppl. 1), 539. DOI: 10.1016/S09249338(11)72246-5
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Ifanti, A.A., Argyriou, A.A., Kalofonou, F.H., & Kalofonos, H. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy*. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.05.017.

- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thompson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity and health in Europe. *Lancet*, 381, 1323-1331. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: From austerity to denialism. *Lancet*, 383, 748-753.
- Knight, D.M. (2012). Cultural proximity: Crisis, time and social memory in Central Greece. *History and Anthropology*, 23(3), 349-374. DOI: 10.1080/02757206.2012.697064
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., & Benos, A. (2013). Economic Crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek Case. *American Journal of Public Health*, 103(6), 973-979. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301126
- Kotarski, K. (2012). Deconstructing the Profligacy Myth Using Critical Theory and Social Constructivism: The Case of Greece and Its Wider Socio-economic and Political Consequences. *Croatian political science review*, 49(2), 7-29.
- McLeod, J. (1994). *Doing counselling research*. London: Sage Publications.
- Mentinis, M. (2013). The entrepreneurial ethic and the spirit of psychotherapy: Depoliticisation, atomisation and social selection in the therapeutic culture of the 'crisis.' *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15, 361-374. DOI: 10.1080/13642537.2013.855248
- Milionis, C. (2013). Provision of healthcare in the context of financial crisis: approaches to the Greek health system and international implications. *Nursing philosophy*, 14, 17-27. DOI: 10.1111/j.1466-769X.2012.00552.x
- Skapinakis, P., Bellos, S., Kounidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P.N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BioMed Central Psychiatry*, 13, 1-4. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/163>.
- Skouras, F., Hatzidimos, A., Kaloutsis, A., & Papadimitriou, G. (1991). *The psychopathology of hunger, fear and anxiety: neuroses and psychoneuroses*. Athens: Odysseas/ Triapsis Logos 3. (Reprinted, original 1947, in Greek).
- Skourteli, M.C. (2013). The impact of the socio-economic crisis on intrapsychic and intersubjective processes within the therapeutic relationship: Implications for the ethical practice of counselling psychology and psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15, 330-345. DOI: 10.1080/13642537.2013.849273
- Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Spinelli, E. (1989). *The interpreted world: An introduction to phenomenological psychology*. London: Sage Publications.
- Stamatis, G.A. (2012). Homeless in Greece in the current financial crisis. What perspectives? Retrive from <http://crisis.med.uoa.gr/elibrary/13.pdf>

- Stavriannakos, K., Pachi, A., Paplos, K., Nikoviotis, D., Fanouraki, E., Tselebis, A., ... Moussas, G. (2013). Suicide attempts before and during the financial crisis in Greece. *European Psychiatry*, 28 (Suppl.1). DOI: 10.1016/S0924-9338(13)76690-2
- Stewart, C. (2014). Colonizing the Greek mind? Indigenous and exogenous psychotherapeutics. In C. Stewart (Ed.), *Colonizing the Greek mind? The reception of modern psychotherapeutics in Greece* (pp. 9-34). Athens: Deree, the American College of Greece.
- Stuckler, D., & Basu, S. (2013). *The body economic: why austerity kills*. New York, NY: Basic Books.
- Stuckler, D., & McKee, M. (2012). There is an alternative: public health professionals must not remain silent at a time of financial crisis. *European Journal of Public Health*, 22, 2-3. DOI: 10.1093/eurpub/ckr212
- The Marmot Review (2010). *Fair society healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Retrieved from <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/FairSocietyHealthyLives.pdf>
- Triliva, S., Fragkiadaki, E., & Balamoutsou, S. (2013). Forging partnerships for mental health: The case of a prefecture in crisis ravaged Greece. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15, 375-390. DOI: 10.1080/13642537.2013.849275
- Vallianatou, C., & Koliri, M.E. (2013). The economic crisis and its implications on same-culture identities and the therapeutic relationship. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15, 346-360. DOI: 10.1080/13642537.2013.855249
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T., & Avendano, M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *European Journal of Public Health*, 23(5), 727-731. DOI: 10.1093/eurpub/ckt020
- Williams, C., & Maruthappu, M. (2013). "Healthconomic crises": Public health and neoliberal economic crises. *American Journal of Public Health*, 103, 7-9. DOI:10.2105/AJPH.2012.300956
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., Kyriopoulos, J. (2012). Impact of economic crisis and other demographic and socioeconomic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*, 23(2), 206-210. DOI:10.1093/eurpub/cks143

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

Roberto Vari*

Abstract

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

A) Contextual space

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

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

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

B) Criteria of representation of the clinical phenomenon.

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

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

C) Goals.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) The subjects involved find it hard to accept change and to reorganize themselves; this drives them to seek solutions that maintain the pre-crisis situation unchanged, in other words what is sought is an accommodation in the Piagetian sense (Piaget, 1937/1968).

Sergio leaves his partner so that the symbiotic relationship with his mother will be safeguarded.

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

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

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

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

Recurrences and criteria of categorization

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

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

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

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

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

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

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

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

- A) The minimal contextual space to be analyzed is made up of the relational triad of patient/social coexistence milieu/Service.
- B) The clinical phenomenon is represented as a problem of social coexistence already present in the patient's social coexistence milieu and later in the relationship with the Service.
- C) The goals are processual, aiming to develop useful resources and competences for dealing with critical situations.

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

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

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

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

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

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

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

- a) Milieus of social coexistence that produce the critical situations leading to the demand.
- b) Events that determine critical situations in specific milieus of social coexistence.
- c) Collusive fantasies proposed in the demand.

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

a) Milieus of social coexistence

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

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

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

General classes:

- Family
- Work organizations
- Social environments
- Institutional environments

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

A clinical situation can involve several milieus of social coexistence.

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

b) Events generating critical conditions in social coexistence

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

- Family

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

- Work organizations

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

- Social environments

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

- Institutional environments

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

c) Collusive fantasies present in the demand

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

163

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

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

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

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

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

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

d) Collusive dynamics organizing the clinical intervention

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

A distinction is suggested between two typologies:

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

- Isomorphic
- Complementary
- Symmetrical conflictual

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

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

Isomorphic situation

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

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

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

Complementary situation

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

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

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

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

Symmetrical situation

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

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

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

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

Situation oriented to understanding symbolization processes

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

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

Situation oriented to relational configurations that break the repetitive collusive dynamics

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

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

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

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

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

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

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

Potential areas of development and reorganization of the Mental Health Center

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

References

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

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

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

Roberto Vari*

Abstract

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

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

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

Introduzione

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

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

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

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

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

A) Spazio contestuale.

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

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

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

B) Criteri di rappresentazione del fenomeno clinico.

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

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

C) Obiettivi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ricorrenze e criteri di categorizzazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Fantasie collusive proposte nella domanda.

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

a) Ambienti di convivenza

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

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

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

- Famiglia
- Organizzazioni lavorative
- Ambienti sociali
- Ambienti istituzionali

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

Una situazione clinica può implicare più ambienti di convivenza.

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

b) Eventi che generano criticità nella convivenza

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

- Famiglia

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

- Organizzazioni lavorative

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

- Ambienti sociali

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

- Ambienti istituzionali

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

c) Fantasie collusive proposte nella domanda

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

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

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

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

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

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

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

d) Dinamiche collusive che organizzano l'intervento clinico

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

Si propone la distinzione tra due tipologie:

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

- Isomorfo
- Complementare

- Simmetrico conflittuale

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

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

Assetto isomorfo

Il contesto relazionale triadico si organizza replicando la proposta collusiva.

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

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

Assetto complementare

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

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

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

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

Assetto simmetrico

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

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

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

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

Assetto orientato alla comprensione dei processi di simbolizzazione

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

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

Assetto orientato a configurazioni relazionali che interrompono le dinamiche collusive ripetitive

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

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

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

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

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

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

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

Spazi potenziali di sviluppo e riorganizzazione del Centro di Salute Mentale

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

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

182

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

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

- Carli, R., Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of the organizations and institutions]. Bologna: il Mulino.
- Gabbard, G.O. (1992). *Psichiatria Psicodinamica* [Psychodynamic Psychiatry] (A. Gabrielli & S. Galati, Trans.). Milano: Raffaello Cortina (Original work published 1990).
- Glassefiel, von E. (1981). Il complesso di semplicità [The complex of simplicity]. In G. Bocchi & M. Ceruti (Eds.). (1985). *La sfida della complessità* [The challenge of complexity] (pp. 79-87). Milano: Feltrinelli.
- Grasso, M., & Salvatore, S. (1997). *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia* [Thought and decision-making. Contribution to the critique of individualist perspective in psychology]. Milano: FranoAngeli.
- Gray, W., Duhl, F.J., & Rizzo, N.D. (Eds.). (1978). *Teoria generale dei sistemi e psichiatria* [General Systems Theory and Psychiatry] (L. Sosio, Trans.). Milano: Feltrinelli (Original work published 1969).
- Kenberg, O. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. [Sever Personality Disorders] (S. Stefani, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1984).
- Lewin, K. (1972). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale* [Field Theory in Social Science] (M. Baccianini, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1951).
- Ludovico, A. (2001). *Effetto Heisenberg. La rivoluzione scientifica che ha cambiato la storia* [Heisenberg's effect. The scientific revolution that has changed the history]. Roma: Armando.
- Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente* [Autopoiesis and Cognition The Realization of the Living] (A. Stragapede, Trans.). Venezia: Marsilio (Original work published 1980).
- Modell, H.M. (1992). *Psicoanalisi in un nuovo contesto* [Psychoanalysis in a New Context] (F. Ortu, Trans.). Milano: Raffaello (Original work published 1984).
- Moscovici, S., & Farr, R M. (Eds.). (1989). *Le rappresentazioni sociali* [Social Representations] (S. Moscovici, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1984).
- Piaget, J. (1968). *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo* [the birth of intelligence in the child] (A. Mennillo, Trans.). Firenze: Giunti Barbera (Original work published 1937).
- PDM, Task Force (2008). *Manuale psicodiagnostico psicodinamico* [Psychodynamic Diagnostic Manual] (F. Gazzillo, R. Pacifico & A. Tagini, Trans.). Milano: Raffaello Cortina (Original work published 2006).
- Vari, R. (2011) Intervento psicologico breve e nuove domande nel centro di salute mentale [Short term psychological intervention and new demands in the Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 102-120. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Vinegar, L.T., & Valsiner, J. (1992). *Children's Development within Social context*. Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum.

The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A research-intervention

Rosa Maria Paniccia^{}, Francesca Dolcetti^{**}, Fiammetta Giovagnoli^{***}, Cecilia Sesto^{****}*

Abstract

In this research study a group of roman citizens was interviewed about their expectations toward Mental Health Services (MHSs). In addition, all the nurses working in the Reception Service (RS) – seen as a symptomatic function of the whole service – of a Mental Health Center (MHC) of Rome were interviewed about their representations of citizens' demand. The aim was to gain some information on the citizens-MHS relationship in order to deal with issues taking place in the RS of MHC.

Two different textual corpora were derived from interviews to citizens and RS workers, and were analyzed by Emotional Text Analysis.

With regard to citizens, an opposition exists between younger people (aged under 40), who deal with the MHS identity without a specific demand toward it, and older ones (aged over 40), who deal with exclusion and violence in social coexistence, as well as problems of young people.

With specific regard to older people an opposition exists between females, who deal with the crisis of traditional family, and males, who deal with the shift of generational change due to the increasing power of money and lack of resources. All respondents ask MHSs to improve relational competence of people.

In RS there is a conflict between the impossible requirement of the right answer "to all" and users' demands which are perceived as "infinite" in their variability. There is also a "filter" function characterized by specialisms and medical treatments oriented to resolve the crisis of users, such as the case of severe psychiatric patients. However, there is a little possibility to deal with the problems of coexistence indicated by citizens, particularly those due to the crisis of the family but not those deriving from the wider social context.

In summary, citizens' demand is centered on the relationship systems in crisis, while the supply of MHC interventions is focused on the individual. In the end stages of this research study these results were discussed with both the MHS and the Department of Mental Health in which the service was located.

Keywords: mental health; reception service; risk of exclusion; common emotional disorders; analysis of demand.

^{*} Associate Professor at the faculty of Medicine and Psychology of the University "Sapienza" in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

^{**} Psychologist, Psychotherapist, Partner of "Studio RisorseObiettiviStrumenti" - psychological consulting services, Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: francescadolcetti@studio-ros.it

^{***} Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Clinical Psychology, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

^{****} Psychologist, Psychotherapist, Editor of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: sestoce@alice.it

La rappresentazione dell'Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento

Rosa Maria Paniccina^{*}, *Francesca Dolcetti*^{**}, *Fiammetta Giovagnoli*^{***}, *Cecilia Sesto*^{****}

Abstract

In questa ricerca è stato intervistato un gruppo di cittadini romani, chiedendo quali attese abbiano verso i Servizi di Salute Mentale (SSM). Al tempo stesso sono stati intervistati tutti gli infermieri dell'Accoglienza, vista come funzione sintomatica del servizio nel suo complesso, di un Centro di Salute Mentale (CSM) romano, chiedendo come si rappresentano la domanda dei cittadini. Si volevano avere informazioni sulla relazione cittadini-SSM, che contribuissero a trattare le questioni dell'Accoglienza del CSM. Le interviste sono raccolte in due differenti corpus, Cittadini e Accoglienza, sottoposti ad Analisi Emozionale del Testo. In Cittadini c'è contrapposizione tra «più giovani» (sotto i 40) che parlano dell'identità dei SSM e non hanno una domanda sui loro problemi, e «più anziani» (sopra i 40), che hanno una domanda su una convivenza emarginante e violenta, con al centro i problemi dei giovani. Entro i «più anziani» c'è contrapposizione tra «femmine», che parlano della famiglia tradizionale in crisi, e «maschi», che parlano di un passaggio generazionale interrotto segnato dal potere del danaro e dalla desertificazione di risorse. Tutti gli intervistati chiedono ai SSM di incrementare la competenza relazionale delle persone. In Accoglienza c'è conflitto tra l'impossibile obbligo della giusta risposta "a tutti" e le domande dell'utenza percepite come "infinite" nella loro variabilità. Altre funzioni individuate sono quella di "filtro" che rimanda agli specialismi e i trattamenti medici di risoluzione delle crisi di un'utenza senza domanda, riferibile al malato psichiatrico grave. C'è anche una possibilità, minoritaria, di cogliere i problemi di convivenza indicati da Cittadini, in particolare quelli che nascono dalla crisi della famiglia, mentre non si vede quella del contesto sociale più ampio. In sintesi, la domanda dei cittadini è centrata su sistemi di relazione in crisi, l'offerta del CSM su interventi centrati sull'individuo; la ricerca ha avuto in conclusione fasi di restituzione dove queste posizioni sono state discusse sia con il CSM che con il Dipartimento di Salute Mentale in cui il servizio si colloca.

Parole chiave: salute mentale; accoglienza; rischio di emarginazione; disturbi emotivi comuni; analisi della domanda.

^{*} Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Editor della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.

^{**} Psicologa, Psicoterapeuta, membro dello "Studio RisorseObiettiviStrumenti", Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Mail: francescadolcetti@studio-ros.it

^{***} Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor della Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

^{****} Psicologa, Psicoterapeuta, Editor di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Mail: sestoce@alice.it

Nel 1978 in Italia la legge 833 raggruppa le strutture sanitarie entro unità amministrativo-gestionali, le Unità Sanitarie Locali. Nel 1992 il decreto 502 ne avvia l'aziendalizzazione trasformandole in Aziende Sanitarie Locali (ASL); il processo è tuttora in corso. Si intendeva cambiare una cultura che tendeva a ignorare l'organizzazione, sottolineando che anche la sanità utilizza risorse scarse per realizzare obiettivi in rapporto a un cliente¹. L'aziendalizzazione ha incontrato resistenze e deformazioni; la questione è ancora aperta. Sempre nel 1978, la legge 180² cambia l'approccio alla malattia mentale: dal ricovero ospedaliero ai servizi territoriali. Ciascuna ASL istituisce un Dipartimento di Salute Mentale (DSM), composto da una struttura territoriale, il Centro di Salute Mentale (CSM) sede organizzativa del Dipartimento; un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso gli ospedali generali; strutture intermedie per attività in regime semiresidenziale (centro diurno e/o day hospital) e strutture residenziali (comunità terapeutico - riabilitative, socio-riabilitative, comunità alloggio e altre). Per primi nascono i CSM, con attività ambulatoriale o domiciliare e interventi sul contesto. Il loro mandato sociale, sostenuto dall'OMS³, è di esplorare ciò che le persone chiedono, entro interventi fondati sul consenso. Queste finalità, inadatte all'assetto collusivo⁴ della sanità in cui il CSM resta saldamente inserito, stentano a tradursi in azioni. La cultura prevalente è militante, finalizzata alla deistituzionalizzazione e caratterizzata dalla sdifferenziazione dei ruoli organizzativi. La lotta all'istituzionalizzazione si configura come valore con effetto terapeutico; la militanza che fa del bene per definizione ignora una verifica dell'operato. La funzione organizzativa si annulla, il clima è di sacrificio e volontarietà (Carli, Guerra, Lancia, & Paniccia, 1984). L'eredità manicomiale resta nella domanda obbligata - con il presupposto dell'eliminazione della variabilità delle persone e della loro soggettività - e nel clima dello stigma. Si attuano anche interventi innovativi, e l'esperienza italiana diventa un laboratorio interessante per molti altri paesi.

Dagli anni Ottanta ai Novanta aumentano medici, infermieri, assistenti sociali, c'è un rilevante ingresso di psicologi; crescono le diverse strutture, ma al contempo c'è un'evoluzione verso la tecnicità psicoterapeutica ed emerge uno specialismo che collide con la competenza organizzativa. Prevalde la cultura della tecnicità⁵, che spinge i servizi verso l'autocentratura⁶. Viene sviluppata un'Accoglienza che fornisce

¹ Carli (1998) parla del paradosso dell'efficacia nella cultura medica, mettendo a confronto efficacia come realizzazione di obiettivi ed efficienza come ottimizzazione delle risorse per la loro realizzazione. Se l'obiettivo della sanità è migliorare lo stato di salute della popolazione, esso non ha, per definizione, limiti. Di conseguenza comporta un'efficienza paradossale, a risorse illimitate. Le risorse scarse sono adeguate solo per obiettivi precisi e limitati.

² L'assistenza sanitaria è regolata da legislazioni regionali, che differenziano sul territorio nazionale gli assetti organizzativi delle strutture dedicate alla salute mentale.

³ A partire dagli anni Novanta, l'OMS si è più volte espressa in tema di salute mentale, in particolare dopo lo studio epidemiologico promosso dalla World Bank, che indica il problema della salute mentale come priorità del XXI secolo. In Desjarlais, Eisenberg, Good, & Kleinmann (1995/1998) l'OMS indica cinque principi per promuovere l'efficacia dei servizi. I servizi devono essere: decentralizzati, per assicurare prossimità alla domanda e continuità degli interventi; versatili, cioè "orientati per problemi"; culturalmente integrati; economici; in grado di sviluppare risorse.

⁴ Si fa riferimento a una teoria psicologico clinica della relazione sociale in cui è centrale la nozione di collusione. Per collusione si intende la simbolizzazione affettiva condivisa di un contesto, da parte delle persone che a quel contesto appartengono. Per la teoria della collusione e la metodologia dell'analisi della domanda, come conseguente teoria dell'intervento, si vedano Carli & Paniccia (2003).

⁵ Nella cultura della tecnicità un tecnico forte e un profano debole si incontrano entro una relazione che avalla collusivamente tale dipendenza, funzionale alla buona applicazione della competenza tecnica. Non è contemplata l'attenzione alla soggettività del profano, ma la sua *compliance* all'atto tecnico, facilitata dalla dipendenza. Nell'orientamento al cliente c'è un rapporto tra un tecnico debole e un profano forte della sua domanda e del suo problema, al servizio dei quali si pone la competenza tecnica, entro un rapporto di conoscenza e non di controllo emozionale della relazione.

⁶ Le organizzazioni autoriferite rappresentano la variabilità del cliente come disturbante la stabilità di un nucleo tecnico caratterizzante l'organizzazione. Il nucleo è protetto da funzioni di filtro. Le organizzazioni orientate al cliente

una sommatoria di prestazioni tecniche, fondamentali anche per definire i ruoli organizzativi, confusi con le professioni. Allo smistamento si aggiunge una funzione di filtro, orientata ad accogliere quanto le diverse tecniche permettono di affrontare. Si crea una popolazione di specialisti, in difficoltà nel garantire un'integrazione e che tende a ignorare l'organizzazione e il suo funzionamento⁷. Ciò ha conseguenze sulla cultura della verifica. Se la tecnica ha risultati previsti dalla sua procedura, altro è il prodotto di competenze organizzate in ruoli e funzioni, entro una cornice strategica, per offrire un servizio a un cliente⁸, la cui verifica è più importante del risultato delle tecniche. La tecnicità che ignora l'organizzazione si spende in tentativi di valutazione degli esiti dei trattamenti e raccolte di dati quantitativi. Si incrementa la ricerca psicofarmacologica, mentre le concezioni biogenetiche, psicogenetiche e sociogenetiche della malattia mentale si incontrano attraverso la giustapposizione di professionisti ancorati ad appartenenze di scuola; i CSM diventano uno dei più forti fattori di sviluppo dei modelli psicoterapeutici; c'è una fase di confronto, che fa emergere sia l'irriducibilità dei modelli teorici che una sorprendente somiglianza di pratiche. La discussione concerne soprattutto i cosiddetti pazienti gravi; affrontare la questione della competenza organizzativa dei servizi e i problemi di convivenza non riconducibili alla diagnosi psichiatrica richiederà altre competenze.

Nell'attualità continuano a fiorire iniziative locali interessanti, ma persiste l'incompetenza a tradurle in letteratura e riflessione scientifica, quindi a supportare le prassi e a individuare strumenti e metodi coerenti e condivisibili. Si diffonde un vissuto di mancato sviluppo che si tende ad attribuire alla diminuzione degli investimenti da parte della politica, e all'intento di ritornare alla sola cura – routinaria e conservatrice - del malato psichiatrico grave. C'è una scarsa riflessione su quanto il mancato sviluppo di competenza organizzativa abbia influito su un cattivo uso delle risorse, che indebolisce la posizione dei servizi. L'intervento fondato sull'orientamento al cliente continua a collidere con il modello sanitario fondato sulla tecnicità medica. Quanto alla "territorializzazione", cardine della riforma sulla salute mentale, risponde al mandato di un'equa distribuzione delle risorse, ma comporta una problematica limitazione della scelta del servizio da parte degli utenti, e non sviluppa come si intendeva la conoscenza della domanda del territorio. Tenendo presente che il modo in cui i servizi interagiscono con la domanda costruisce la domanda stessa. La gravità, inizialmente definita dalla psicopatologia, si declina oggi in "situazioni gravi e/o di non collaboratività" che richiedono nuove concettualizzazioni degli interventi⁹. Crescono le domande di altre organizzazioni, come le associazioni delle famiglie e degli utenti, mentre organizzazioni di volontariato e *no profit* partecipano alla realizzazione e gestione delle strutture intermedie. Pensiamo poi ai cosiddetti "disturbi emotivi comuni", ovvero alla domanda non traducibile immediatamente entro modalità diagnostiche, di persone non scontatamente considerabili pazienti né riconducibili con facilità al modello della cura: con modeste variazioni, emerge che la metà della domanda è riferibile a questa area, e in alcuni servizi va oltre tale stima¹⁰. Per quanto concerne l'Accoglienza, per accedere alle altre strutture (non l'SPDC, che può avere un accesso diretto dato dall'urgenza), si passa dal CSM. La sua funzione è di integrare i progetti terapeutici, ma prevalgono gli insuccessi sui risultati. Le difficoltà nelle relazioni entro i servizi e fra servizi motiva domande di formazione che spesso implodono nella supervisione dei singoli casi, interessante sotto un profilo individualistico, ma non utile a sviluppare integrazione tra intervento sulla persona e competenza

organizzano funzioni per entrare in relazione con la variabilità del cliente che è fonte di informazione e non di disturbo. Ci riferiamo a Thompson (1967/1990), rileggendolo in un'ottica psicologico clinica.

⁷ Nel seguente contributo viene proposto il caso di un Servizio di Diagnosi e Cura in cui confliggono modelli di intervento (Guerra & Paniccia, 1984).

⁸ Il cliente da noi proposto è un modello di relazione collusiva, per la quale un tecnico debole offre consulenza a un profano forte del suo problema, finalizzando l'intervento allo sviluppo del profano e non alla correzione di un deficit di cui quest'ultimo sia portatore. Il cliente è anche un modello di integrazione di competenze, ruoli e funzioni (Paniccia, 2002).

⁹ Vedi l'interesse per modelli di intervento di matrice anglosassone, come l'ACT (*Assertive Community Treatment*) (Burns & Firn, 2002).

¹⁰ In nostre esperienze di consulenza in servizi della Toscana e del Lazio abbiamo rilevato che supera il 70% degli interventi.

organizzativa di chi interviene. La scommessa dei servizi, sintomaticamente percepibile nelle modalità di Accoglienza, è che il filtro non elimini ciò che non compete ai tecnici, ma sia in grado di conoscere e categorizzare la domanda nella sua varietà. In sintesi, resta la questione di sviluppare una competenza organizzativa e relazionale le cui componenti di base sono: la sospensione dell'agito organizzativo e la competenza a "pensare su" l'organizzazione, tramite categorie orientate dalla conoscenza dei modelli culturali che fondano le relazioni entro l'organizzazione; l'integrazione tra funzionamento organizzativo e dinamiche collusive caratterizzanti l'organizzazione; la riorganizzazione dei servizi in funzione dell'orientamento al cliente e della contestualizzazione del servizio¹¹.

Gli Autori si occupano da molti anni di Servizi di Salute Mentale (SSM) in Italia (Carli, Giovagnoli et al., 2008; Carli, Guerra, Lancia, & Paniccia, 1984; Carli & Paniccia, 2011; Carli & Paniccia, 2012a; Carli & Paniccia, 2012b; Carli, Paniccia et al., 2008; Guerra & Paniccia, 1987). La ricerca nasce entro un intervento rivolto a un CSM romano, il Centro di Salute Mentale Eucalipti, uno dei quattro CSM del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL RM/B, per confrontare le attese dei cittadini con le rappresentazioni di tali attese da parte dell'Accoglienza del CSM¹². L'Accoglienza è stata individuata come funzione centrale e sintomatica del funzionamento del servizio. In particolare, si intendeva esplorare come viene accolta la domanda riferibile ai cosiddetti "disturbi emotivi comuni", che negli anni è andata prendendo spazio, pur non essendo la missione centrale del servizio, rivolta all'utenza psichiatrica grave. Inoltre, si pensava alle domande dei familiari. Tali domande, non classificabili entro categorie psichiatriche e diagnostiche, possono creare disorientamento e spreco di risorse. Nel frattempo, le risorse pubbliche dedicate ai servizi diminuiscono e c'è un orientamento della politica a restringere l'intervento alla malattia psichiatrica grave. Questo comporterebbe una riduzione della risposta ai "disturbi emotivi comuni", che pur nella problematicità evidenziata, è anche sentita come un'attesa della popolazione e come fondamentale per la prevenzione, come più volte ribadito nella letteratura internazionale a partire dallo storico studio di Goldberg e Huxley (1992/1993)¹³. Ricordiamo che il Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale¹⁴ contempla per i SSM l'analisi della domanda oltre alla risposta diagnostica. È perciò importante categorizzare la domanda riferita ai "disturbi emotivi comuni", sentita tendenzialmente infinita e intrattabile nella sua variabilità, e per ciò causa di un impiego di risorse molto elevato e al tempo stesso sentito come insufficiente. Il problema della distanza fra le dichiarazioni e le azioni in materia di salute mentale è sentito a tutti i livelli, dall'OMS ai più decentrati servizi (Saraceno, 2014), mentre la sofferenza percepita non sembra trovare sollievo negli attuali modelli di sanità pubblica (WHO, 2008). La necessità di una ricerca non solo biologica (Gonon, 2013) ma soprattutto centrata sulla domanda degli attori sociali coinvolti, è ampiamente riconosciuta, anche in una autorevole parte della comunità psichiatrica¹⁵.

Obiettivi della ricerca

¹¹ Queste raccomandazioni, presenti in un nostro contributo di diversi anni fa, restano attuali (Paniccia, Di Ninni, & Cavalieri, 2006).

¹² L'intervento nasce dall'iniziativa di dodici studenti del Corso di Intervento psicologico – clinico del Dipartimento 42 di Sapienza, dove si era trattato il tema dell'accoglienza nei SSM (Servizi di Salute Mentale) anche con il contributo di alcuni responsabili di tali servizi, tra cui quello del CSM in questione. L'interesse degli studenti ad approfondire il tema anche dopo il Corso si è tradotto in un laboratorio e in un lavoro di tesi. Queste risorse messe in campo hanno permesso di attuare la ricerca-intervento.

¹³ In rapporto ad esperienze effettuate nello specifico servizio oggetto di ricerca, vedi Scala (2007, 2011).

¹⁴ Formulato all'interno Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf

¹⁵ Come riportato da The Lancet sul tema della salute mentale. Per approfondimenti si veda

<http://www.thelancet.com/series/global-mental-health-2007> e <http://www.thelancet.com/series/global-mental-health-2011>

Si intendeva esplorare come i cittadini vedono i SSM e quale domanda gli rivolgono da un lato, come il CSM si rappresenta tale domanda dall'altro, per effettuare un confronto. Si volevano avere informazioni sulla relazione cittadini-SSM, che contribuissero a trattare le questioni dell'Accoglienza del CSM. Esporremo le due ricerche iniziando da Cittadini.

Metodologia Cittadini

Sono state realizzate 37 interviste a cittadini romani. Le variabili illustrative considerate sono state sesso ed età. Partendo da conoscenti degli intervistatori, si è chiesto ai primi intervistati di indicarne altri potenziali. Ci si è rivolti a cittadini abitanti nei quartieri, assimilabili al territorio del CSM; sono stati esclusi i rioni, ovvero il centro città. Le ipotesi di rivolgersi agli utenti del CSM o ai soli cittadini del territorio di sua pertinenza sono state scartate insieme con la committenza: comportavano un proporsi in prima linea del CSM verso i cittadini interpellati e l'impegno a cambiare in rapporto alle attese individuate. Tale posizione del CSM in questa fase esplorativa è stata ritenuta prematura, e i ricercatori si sono presentati ai cittadini come Facoltà di Psicologia di "Sapienza". I cittadini sono stati considerati utenti potenziali o attuali dei SSM, senza indagare se ci fosse un rapporto in corso. Il presupposto è che ogni cittadino sia un utente potenziale o attuale, e abbia una qualche rappresentazione dei SSM.

Tabella 1. Cittadini: Variabili illustrative del gruppo (n =37)

<i>Età</i>	
<i>Fino a 40 anni</i>	<i>Oltre 40 anni</i>
20	17
<i>Sesso</i>	
<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>
15	22

Visto il carattere esplorativo della ricerca, l'intervistatore ha fatto una sola domanda e non è più intervenuto. Questa la domanda.:

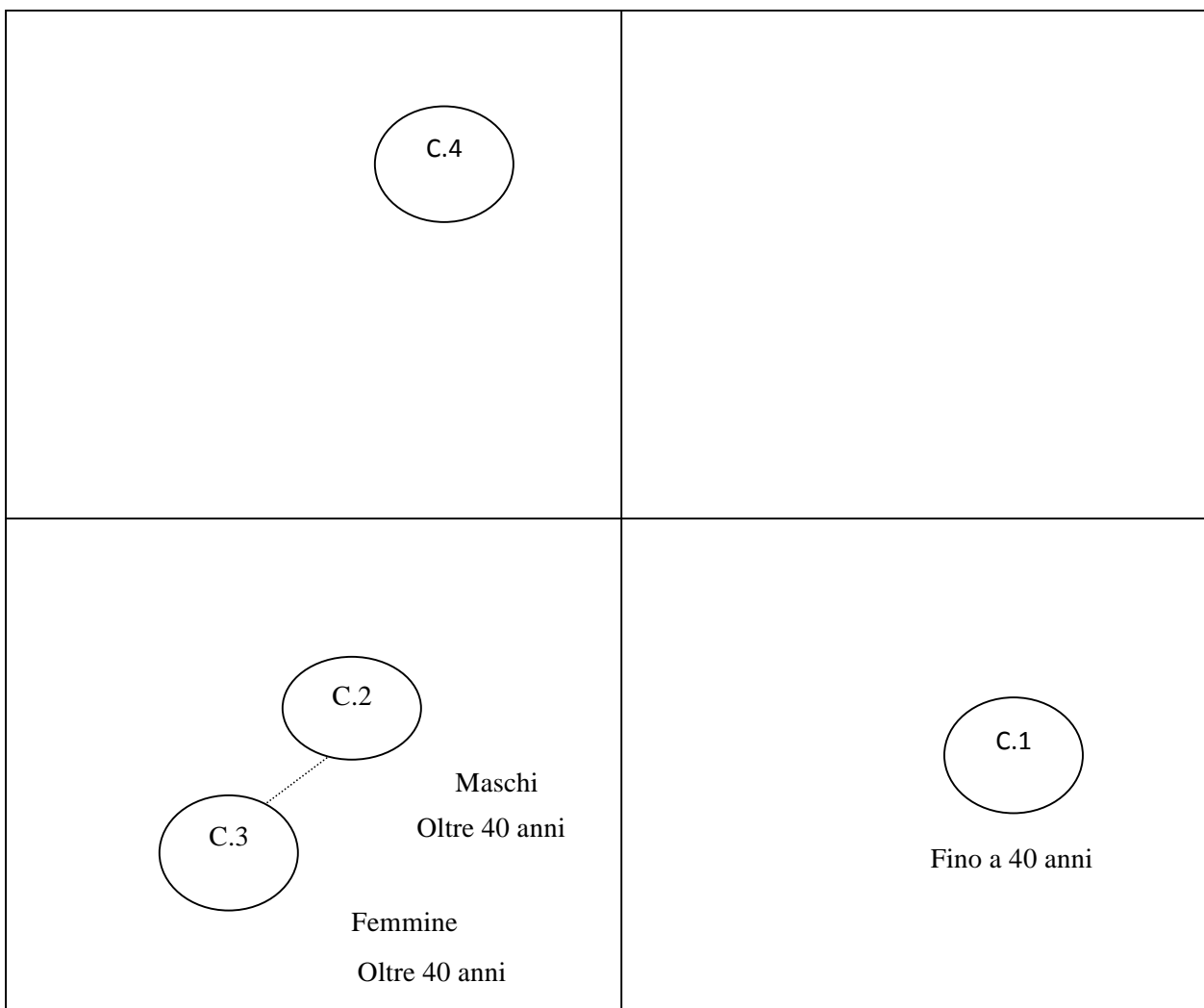
"La ringrazio molto per il tempo che mi dedica: possiamo prevedere mezz'ora; le chiedo di poter usare il registratore. Le interviste ovviamente sono anonime. Come le dicevo nella telefonata, faccio parte di un gruppo di ricerca di Sapienza, Facoltà di psicologia, che si occupa dei Servizi di Salute Mentale. Come lei sa, sono nati con la chiusura dei manicomi e rivolgono servizi ai cittadini sia per problemi di malattia mentale che per consulenze psicoterapeutiche. Siamo interessati all'opinione dei cittadini: lei che utilità pensa che abbiano? Pensa che siano cambiati nel tempo? Cosa si attende possano fare?"

Le 37 interviste sono state riunite in un unico corpus e sottoposte ad AET, l'Analisi Emozionale del Testo (Carli & Paniccia, 2002). Un programma informatico¹⁶ spacca il testo in unità elementari (u.e.) e produce il vocabolario di tutte le parole. Si mettono in ascissa le u.e. e in ordinata le parole. Quindi vengono scelte le parole con il massimo di polisemia e il minimo di ambiguità: le *parole dense* (esempi: semaforo – bomba) ed eliminate le parole ambigue (venire – fatto). Poi si esegue l'analisi dei cluster per le parole che co-occorrono

¹⁶ In questo caso è stato utilizzato il software Alcéste di Max Reinert (1986).

entro le differenti u.e. e si situano i cluster entro uno spazio fattoriale. AET è retto da questa ipotesi: la co-occorrenza di parole dense entro le u.e. evidenzia il processo collusivo espresso dal testo. Il susseguirsi di parole dense, a partire dalla più centrale nel cluster, riduce la polisemia della prima parola, perseguendo un'acquisizione del senso emozionale delle parole presenti nel cluster. Quindi si mette in relazione il senso dei singoli cluster entro lo spazio fattoriale, giungendo alla lettura della dinamica collusiva che connota il tema in oggetto. I testi possono essere raccolti con scritti e interviste, individuali o di gruppo. La dinamica collusiva (emozionale ed inconscia) individuata è storicamente situata e caratterizza individui storicamente definiti, entro un contesto specifico. Con AET si è ampiamente visto come le culture collusive cambino in funzione del contesto storico in cui sono iscritte. In questo caso AET ha individuato 4 cluster o gruppi di parole dense, ovvero emozionalmente significative per gli intervistati in rapporto con il tema su cui li abbiamo interpellati: le loro attese verso i SSM.

Risultati Cittadini



Il piano fattoriale è con tre fattori e quattro cluster. Il C 1 è in rapporto con il polo positivo del primo fattore. Il C 4 è in rapporto con il polo positivo del secondo fattore. I C 2 e 3 sono sia in rapporto con il polo negativo del primo fattore che collocati sui poli opposti di un terzo fattore.

Tabella 2. Cittadini: Rapporto cluster - fattori (coordinate dei centroidi)

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
C. 1	0.589	- 0.308	- 0.560
C. 2	- 0.850	- 0.604	- 0.917
C. 3	- 1.183	- 0.635	- 1.350
C. 4	- 0.164	0.720	0.009

Tabella 3. Cittadini: Relazione tra cluster e variabili illustrative (Chi-quadro)

Variabili illustrative	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4
<i>Età</i>				
Fino a 40 anni	100.51			
Oltre 40 anni		44.68	157.31	
<i>Sesso</i>				
Maschi		18.87		
Femmine			36.85	

Tabella 4. Cittadini: Parole dense dei cluster in ordine di Chi-quadro

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>
60.84 cura	82.98 soldi	165.08 padre	54.92 scuola
59.45 paziente	59.87 giovani	154.14 figli	42.89 relazione
53.84 psichiatra	59.46 ammazzare	99.50 sorelle	42.86 riuscire

45.33 medico	46.41 droga	97.00 mamma	37.83 progetto
41.06 servizio	46.39 problemi di testa	77.03 marito	34.00 emarginazione
38.63 farmaco	40.29 armi	69.65 bambini	30.63 contatto
36.55 rivolgersi	40.29 deserto	59.90 moglie	28.19 disabili
32.86 psicoterapia	39.94 cervello	57.68 madre	26.04 sostegno
30.69 ospedale	34.09 pagare	43.92 femmine	24.46 adolescenti
27.87 psicologia	33.58 guerre	43.92 maschi	23.00 ragazzi
27.03 personale	33.58 vecchiaia	22.40 fratelli	22.40 strumenti
24.92 malattia	33.55 handicap	33.57 sopportare	21.07 paura
22.12 patologia	33.55 ricchezza	31.97 giocare	20.66 educatore
18.41 grave	33.55 scappare	30.83 alcolizzato	20.66 quotidiano
18.15 cittadini	33.55 vincere	26.70 correre	20.58 affrontare
17.31 utile	32.86 influenzare	23.22 rifiutare	19.77 percorso
17.20 territorio	27.32 diritti	20.37 psicoanalisi	19.71 società
	27.32 politici	18.18 buttare	
	27.32 sistema	17.92 pesante	
	26.82 razza	13.32 botte	
	26.82 tasse		
	24.34 povero		
	24.34 traumi		

Cittadini. Cluster 1

In rapporto con il polo positivo del primo fattore (dove si oppone a C 2 e C 3) e con il negativo del secondo (dove si oppone al C 4); variabile illustrativa: *sotto i 40 anni*.

Le prime parole sono **cura - paziente**. Cura: l'occuparsi di qualcuno o qualcosa con vigile attenzione; offrire rimedi a un malato. Paziente è chi soffre e chi ha pazienza; chi è affidato alle cure di un medico. È il rapporto medico tradizionale, oggi in crisi; si vigilava sul corso della malattia prima di intervenire; il paziente era fiduciosamente affidato. Seguono **psichiatra**, chi vigila sulle malattie dello spirito, **medico**, chi cura quelle del corpo. La follia viene assimilata lentamente, discontinuamente e in modo non definitivo alle malattie del corpo; la parola psichiatria è dell'inizio dell'Ottocento, la legge 180 che in Italia esclude la malattia mentale dal novero delle malattie è degli anni Settanta del Novecento; oggi torna l'orientamento biologico. La questione è aperta. **Servizio**: la parola origina dalla servitù romana; oggi si va dal lavoro dipendente alla prestazione organizzata dallo Stato per la collettività, ma anche dall'attività in sé all'impegno verso un ideale, senza indicare il beneficiario. Si evocano l'irrisolta medicalizzazione della malattia mentale e le complesse modalità di relazione con i servizi dedicati da parte di operatori e utenti. Seguono **farmaco**, sostanza che produce modificazioni in un organismo; poi **rivolgersi**: si ricorre a qualcuno, si chiede; poi **psicoterapia**. Il farmaco aveva ricondotto il problema alla diagnosi medica, ma poi la questione si riapre: c'è una domanda, si usa la parola. Segue **ospedale**: se il servizio non è definito da una tecnica e ha utenti, l'ospedale ha pazienti sottoposti alle regole della cura medica. Si continua a proporre contiguità ma anche una diversità irrisolta tra malattia e malattia mentale. Seguono **psicologia, personale** (operatori sanitari), **malattia, patologia, grave, cittadini, utile, territorio**. È la doppia anima dei SSM: le questioni dei cittadini, della convivenza da un lato, l'individuo malato, grave, dall'altro.

In sintesi: ci si riferisce più all'intervento fondato sul prendersi cura, che su quello che aggredisce il «male altro». I SSM sono oggetto di interrogativi su identità e modalità di intervento: tra intervento sui problemi sociali e loro medicalizzazione che li riconduce all'intervento sull'individuo, tra malattia psichiatrica e crisi di convivenza, tra apertura dei servizi alla domanda e autocentratura sul loro funzionamento. Non c'è una specifica domanda per i SSM; ci si interroga sul loro mandato sociale in una sorta di specularità con la domanda-stimolo.

Cittadini. Cluster 3

In rapporto con il polo negativo del primo fattore dove si oppone al C 1; e con il positivo del terzo dove si oppone al C 2. Variabili illustrative: *sexso femminile e sopra i 40 anni*.

Padre e figli, la prima coppia di parole dense, è la diade del cambio generazionale, epocale. Seguono **sorelle, mamma, marito, bambini, moglie, madre**. Entro la cornice del cambiamento epocale, c'è la famiglia femminile, centrata sulle relazioni interne, quella a cui il welfare italiano affida la cura dei membri in difficoltà. Si connettono SSM, cambiamento generazionale, ruoli familiari: sono questi i problemi di cui i servizi debbono occuparsi. È il privato cui il pubblico affida crisi di convivenza, come la malattia mentale; un privato in cui relegare la crisi dell'emozionalità, la sua improduttività. Seguono **femmine, maschi**. Si aggiunge la crisi dell'identità di genere. Segue **fratelli**: chi è legato ad altri da vincoli di sangue, ma anche di affetto e comunanza. **Sopportare**: reggere su di sé, sostenere; subire, soffrire; adattarsi a situazioni sfavorevoli. Chi è legato da vincoli di comunanza sostiene, subisce, si adatta. **Giocare**: baloccarsi, gareggiare, mettersi in gioco; ma anche il gioco da cui si dipende. In effetti segue **alcolizzato**. Poi **correre**: andare velocemente; **rifiutare**: non accettare; **psicoanalisi**: a testimonianza di un tradizionale rapporto tra psicoterapia e contesto familiare; **buttare**: gettare via; **pesante**: che si sopporta con difficoltà; più in basso troveremo **botte**: percosse, colpi. Emerge la violenza, l'urgenza, il dover sopportare, il rifiuto, i comportamenti che isolano e lacerano le relazioni. Il cliente dei SSM sono le relazioni familiari, di contiguità, convivenza, che messe alla prova nella loro tenuta interna dai cambiamenti epocali vengono invase dalla violenza.

In sintesi: la questione centrale è un passaggio generazionale in crisi, le relazioni familiari viste come ruoli in crisi. Si sopportano problemi e si affronta la violenza: emergono devianza e rifiuto. Ci sono rapporti a rischio. È il privato cui il pubblico affida problemi di convivenza, come la malattia mentale; un privato in cui il welfare italiano ancora relega, pensando alla componente femminile della famiglia tradizionale sempre più inesistente, l'emozionalità e la sua crisi, la sua improduttività.

Cittadini. Cluster 2

In rapporto con il polo negativo del terzo fattore dove si oppone al C 3 e (con il C 3) con quello negativo del primo fattore dove si oppone al C 1. Variabili illustrative: *Sesso maschile e sopra i 40 anni.*

Le parole centrali sono **soldi** e **giovani**. Soldi: denaro; i soldi sono associati anche alla svalutazione: “non vale un soldo”. Giovani: persone che avendo le caratteristiche dell'adulto, non ne hanno ancora il ruolo; una categoria sociale dai confini sempre più dilatati nel tempo e confusa nell'identità; cala la fiducia che il ruolo adulto possa essere perseguibile da molti “giovani”. **Ammazzare**: uccidere con violenza, sfinire, mortificare. Tra giovani e soldi c'è un rapporto in crisi, i giovani mortificati sono soggetto e oggetto di violenza. Seguono **droga**: sostanza capace di modificare lo stato psichico; **problemi di testa**; **armi**: oggetti di offesa e difesa. I “problemi di testa” più che alla malattia mentale vengono associati a devastazioni della mente dovute a minacce esterne. I giovani, la testa, vengono distrutti da un contesto violento. **Deserto**: da *deserere*, abbandonare; spopolato, disabitato, squallido, incolto, privo di vita. **Cervello**: sinonimo di facoltà intellettive; la mente è desertificata da un contesto sterile e violento. **Pagare**: si hanno creditori, si deve spiare. **Guerra**: il conflitto aperto; **vecchiaia**, **handicap**: situazioni emarginanti. **Ricchezza**: il danaro attraversa il cluster. **Scappare**: gettar via la cappa per correre; **vincere**: sopraffare l'avversario; **influenzare**: insinuarsi nell'animo di qualcuno; tre verbi che parlano di relazioni violente, nemiche. **Diritti**: ciò che in quanto giusto dovrebbe regolare i rapporti, difendendo le persone dalle sopraffazioni. Poi **politici**: chi esercita pubblici poteri, oggi dalla reputazione assai bassa e **sistema** (insieme di poteri costrittivi). Chi dovrebbe tutelare i diritti è oggetto di svalutazione e diffidenza. **Razza**: la differenza usata per mettere differenti gruppi umani in rapporto gerarchico. **Tasse**: tributo che gli enti pubblici impongono ai cittadini per fornire servizi alla collettività. **Povero**: senza l'essenziale per vivere; espressione di compianto, compatimento, disprezzo. **Traumi**: gravi alterazioni dello stato psichico o organico di qualcuno. Si evoca il rischio di emarginazione, «giovani» in testa; poi vecchi, disabili, poveri, persone esposte al razzismo, tutti esclusi dall'attuale mondo “adulto”, caratterizzato dal potere, dal danaro, da pagamenti, tasse accompagnate da sfiducia nei politici e da un'aperta, dichiarata violenza che desertifica le risorse e devasta la mente.

In sintesi: ci sono desertificazione di risorse, in particolare quelle giovanile e della mente, e dinamiche di emarginazione. Siamo in guerra in un mondo dominato dal danaro e dall'esclusione dal danaro, dalla violenza, dal potere senza competenza. Il problema è un sistema sociale violento. Per il C 2 (padre-figli) hanno bisogno di intervento le relazioni familiari; qui “i giovani”, una categoria sottoposta a crisi violenta, con un ruolo di consumo senza produttività, oggetto di disoccupazione ingravescente entro un'adolescenza senza termine, rappresentativa delle sempre più estese categorie sociali a rischio di emarginazione. Si citano anziani, poveri, disabili, persone che possono essere oggetto di xenofobia.

Cittadini. Cluster 4

In rapporto con il polo positivo del secondo fattore dove si oppone al C 1. Nessuna variabile illustrativa.

Inizia con **scuola**: apprendere, condividere un sapere, e **relazione**: rapporto informativo, connessione tra più enti (oggetti, fatti, persone). Al centro del cluster c'è l'apprendere a mettere insieme cose, connettere, pensare, e lo stare insieme tra persone. Segue **riuscire**: concludere, raggiungere lo scopo. **Progetto**: piano di lavoro; idea su qualcosa che si ha intenzione di fare. C'è il sentimento del futuro. **Emarginazione**: escludere da una società, da una comunità, dal godimento di benefici che l'appartenenza comporta. Segue **disabili**; abile: cosa adattabile, pieghevole; persona idonea, destra, capace. Segue **contatto**: toccare, toccarsi, vicinanza. **Sostegno**: la relazione vicina, affettiva, sostiene, può rendere abili. Senza relazione competente, vicina affettivamente, non c'è riuscita e progetto, ma emarginazione, disabilità come rischio per chiunque non abbia competenza relazionale. **Adolescenti**: tra puerizia e gioventù; i turbamenti, le inquietudini con cui

viene definita ne fanno una “ normale patologia” giovanile, sorvegliata dagli adulti. **Ragazzi:** l’etimologia rimanda allo stato servile; “ragazzo!” si chiama il cameriere quale che sia la sua età. Giovani, subalterni, immaturi. Segue **strumenti**, quanto occorre per svolgere un’attività, poi **paura**, smarrimento di fronte al pericolo. Poi **educatore, quotidiano, affrontare, percorso, società**. Il percorso che si prospetta comporta l’affrontare il rischio, averne timore, impegnarsi quotidianamente nel contesto delle relazioni sociali.

In sintesi: anche qui si parla di integrazione ed esclusione, dell’ingresso a rischio dei giovani nell’età adulta. C’è però un’ipotesi di intervento: imparare a stare in relazione, a progettare, a sostenersi a vicenda, entro relazioni al tempo stesso emozionalmente vicine e competenti, che recuperino il futuro nel progettare e riuscire. Non c’è differenza tra intervistati «giovani» e «anziani», «maschi» e «femmine». È una cultura che emerge pensando ai SSM; gli intervistati parlano di occasioni di apprendimento della relazione in rapporto con questi servizi.

Sintesi del piano fattoriale Cittadini

I C 2 (padre-figli) e C 3 (soldi- giovani) sono accomunati da una domanda che concerne una pesante crisi delle relazioni (interne alla famiglia per C 2, tra giovani e contesto sociale per C 3) e non problematiche individuali. Entrambi, C 2 e C 3, sono contrapposti al C 1 (cura-paziente) sul primo fattore: in rapporto con i «più anziani» tra gli intervistati, hanno una domanda per i SSM circa un contesto sociale immerso in una crisi connessa a un cambiamento epocale; il C 1, in rapporto con i «più giovani» non ha una domanda specifica, ma pone la questione del prendersi cura/curare, dando centralità al prendersi cura. I C 2 e C 3 sono opposti tra loro sul terzo fattore: per il C 2, «più anziani e femmine», si deve intervenire su una famiglia centrata su un cambio generazionale che sottopone a crisi i ruoli familiari e di genere, mentre la violenza minaccia di lacerare le relazioni al suo interno. Per il C 3, «più anziani e maschi», si deve intervenire sul contesto sociale: c’è una rottura generazionale caratterizzata da violenza, esclusione delle fasce di popolazione a rischio di emarginazione e desertificazione di risorse, in particolare quelle giovanili. È centrale l’attuale cultura violenta del danaro. Il C 4 (scuola-relazione), sul secondo fattore, è una cultura trasversale a tutti gli intervistati, non caratterizzata da nessuna variabile illustrativa; si torna sulla crisi epocale e generazionale ma si propone un intervento: apprendere a stare in relazione in modi diversi da quelli del potere violento, del potere del danaro; si tratta di una relazione competente, fondata sulla vicinanza emozionale, che permette di progettare, pensare al futuro.

Metodologia Accoglienza

Sono stati intervistati tutti gli operatori dedicati all’Accoglienza, 10 infermieri. Gli intervistati, con un’anzianità di servizio tra i tre e i venti anni, sono stati raggruppati in: fino ai 10 anni e sopra i 10 anni di servizio.

Tabella 5. Accoglienza: Variabili del gruppo infermieri (n =10)

<i>Anzianità di servizio</i>	<i>Anzianità di servizio</i>
<i>fino a 10 anni</i>	<i>oltre 10 anni</i>
6	4

Dopo gli accordi con il responsabile del CSM, gli infermieri e la loro coordinatrice, gli intervistatori hanno incontrato singolarmente gli infermieri per intervistarli. Dato il carattere esplorativo dell'indagine, è stata fatta una sola domanda iniziale, poi l'intervistatore non è più intervenuto. Questa la domanda:

"Mi chiamo XY e come lei sa, faccio parte del gruppo di Sapienza che sta facendo con voi una ricerca sull'Accoglienza. Stiamo intervistando gli infermieri che se ne occupano, la ringrazio del suo interesse. Tra gennaio e febbraio vi daremo i risultati. Le chiedo di usare il registratore; nell'analisi le interviste, anonime, saranno messe tutte insieme. Possiamo prevedere mezz'ora di tempo. Che questioni incontra lavorando nell'Accoglienza? Chi si rivolge all'Accoglienza e che cosa si aspetta?".

La domanda: "Da quanti anni lavora nella Salute Mentale?" veniva posta alla fine dell'intervista, se l'intervistato non lo aveva già detto. Le 10 interviste sono state riunite in un unico corpus e sottoposte ad AET. Sono stati individuati 4 cluster disposti su un piano fattoriale con tre fattori.

Risultati Accoglienza

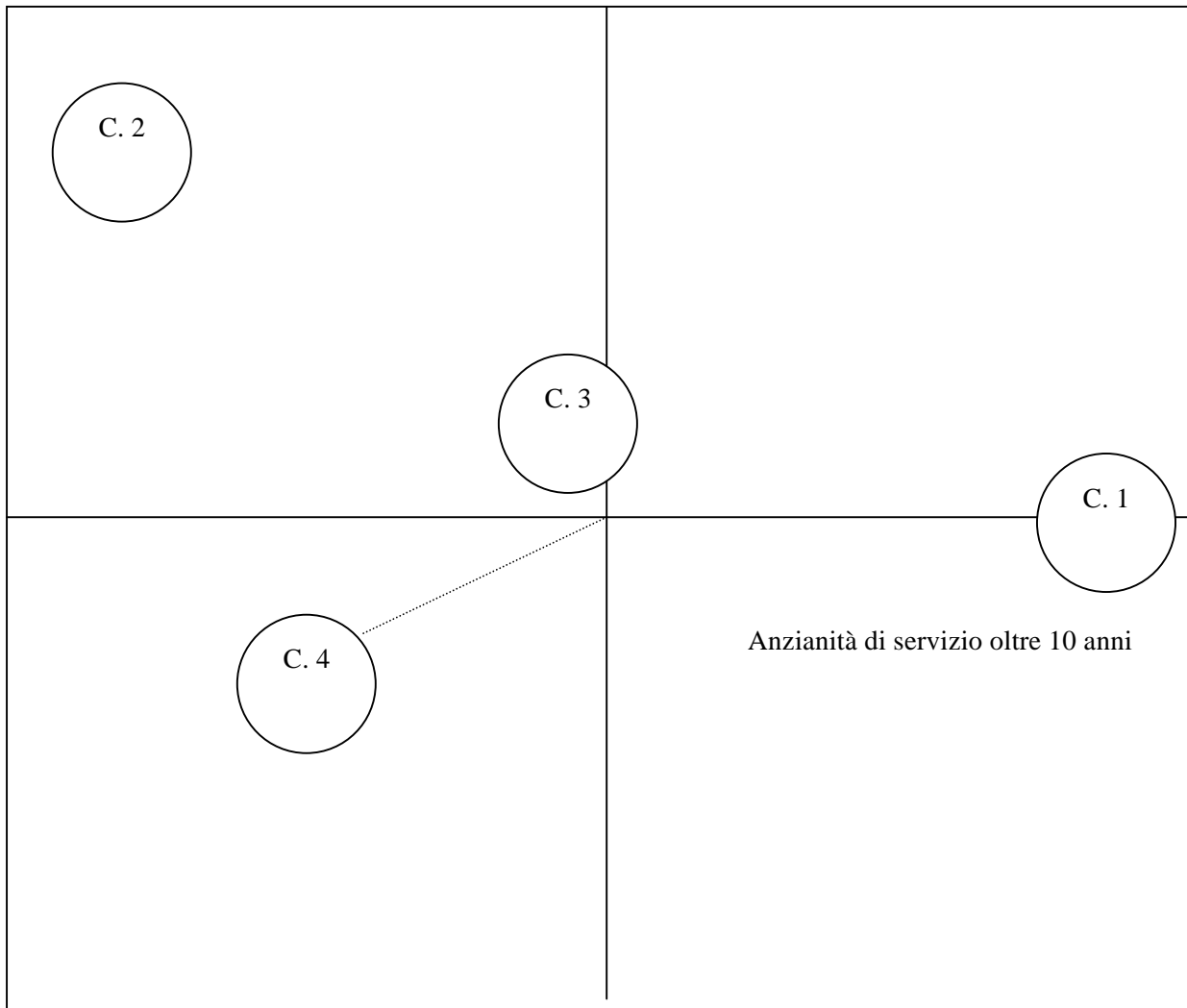


Figura 2. Accoglienza: Piano fattoriale e cluster

Il piano fattoriale è con tre fattori. Il C 1 è in rapporto con il polo positivo del primo fattore. Il C 2 è in rapporto sia con il polo negativo del primo fattore che il polo positivo del secondo fattore. Il C 3 è in rapporto con il polo negativo del secondo fattore. Il C 4 è in rapporto con il polo positivo del terzo fattore.

Tabella 6. Accoglienza: Rapporto cluster - fattori (coordinate dei centroidi)

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
C. 1	1.043	0.090	-0.072
C. 2	-0.510	0.565	-0.129
C. 3	-0.375	-1.038	-0.496
C. 4	-0.237	-0.404	1.310

Tabella 7. Accoglienza: Relazione tra cluster e variabili

illustrative (Chi-quadro)

Variabili illustrative	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4
<i>Anzianità di servizio</i>				
Fino a 10 anni			19.08	
Oltre 10 anni	32.43			

Tabella 8. Accoglienza: Parole dense dei cluster in ordine di Chi-quadro

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>
71.30 risposta	30.95 giovani	129.07 richiesta	69.79 SERT
27.34 giusto	25.00 famiglia	60.72 psicologo	36.84 terapia
23.43 stress	17.53 malattia (psichiatrica)	35.54 valutare	31.07 seguire
19.50 operatore	15.91 ambulatorio	31.39 psichiatra	30.80 medico
18.04 transculturale	15.91 disturbo	30.10 idea	18.04 incontrare
16.82 domanda	14.74 ragazzi	29.90 colloquio	17.63 infermiere
16.82 diverso	12.66 figli	24.15 psicoterapia	17.63 visite
15.74 legale	12.66 genitori	20.71 sostenere	15.81 dottore
15.74 disussione	11.78 casa	19.96 smistare	13.99 agitato

15.71 istituzionale	11.11 crisi	19.24 dati	13.99 consulenza
13.46 libero	11.11 vivere	15.22 farmaci	13.93 bisogno
12.62 accogliere	11.05 collaborare	19.43 approdare	12.53 finire
12.98 test	11.05 compagni	13.10 utenza	10.09 tranquillizzare
12.08 certificazione	11.05 cronico	11.40 supporto	8.25 diagnosi
11.19 sbagliare	11.05 malessere	9.76 DSM	7.85 puntura
11.19 moschea	11.05 metabolizzare	9.76 medico di base	
11.19 conflitto	10.89 relazione	8.27 pesante	
11.19 cognitivo	10.73 lavoro	8.25 indirizzare	
9.89 spiegare	9.66 riuscire	6.74 ansia	
9.89 raccontare	9.45 morire	5.36 affidare	
9.89 decidere	9.45 separazione		
9.89 cambiamento	7.99 uscire		
8.93 vissuto	7.86 perdita		

Accoglienza. Cluster 1

In rapporto con il polo positivo del primo fattore; variabile illustrativa: *anni di servizio sopra i 10*.

Inizia con **risposta**: ricambiare una promessa, soddisfare una domanda e **giusto**: conforme alle leggi divine e umane, ciò che è dovuto. Né troppo né poco, esatto. C'è un impegno a rispondere in modo giusto, dovuto, conforme. Segue **stress**: da *strictus*, stretto; oppressione, sforzo. Lo stare strettamente alla perfetta risposta logora e opprime. Segue **operatore**: chi fa determinate azioni abitualmente; lo sforzo logorante invade l'azione quotidiana. **Transculturale**: l'incrociarsi di varie culture. La conformità è resa impossibile da una sconcertante diversità. **Domanda**: confidare a qualcuno una richiesta, esprimere un desiderio. **Diverso**: la risposta dovrebbe essere giusta, conforme, ma la domanda, il desiderio, la cultura dell'altro sono diversi, vari. **Legale**, conforme alla legge: la diversità va ricondotta a conformità. **Discussione**: esame approfondito di una questione, diversi pareri si confrontano: non è facile individuare la conformità. **Istituzionale**: il mandato di un'organizzazione; l'etimo rimanda allo stare fermi, saldi. Di fronte alla diversità, restare saldi.

Libero, non soggetto a coercizione o autorità altrui. Si oscilla tra conformità a una regola che obbliga e libera discussione. **Accogliere**: ammettere nel gruppo, ospitare, accettare. Invece della risposta giusta,

accogliere; una modalità di relazione ben diversa. Con **test**, **certificazione**, **sbagliare**, tornano regole da rispettare, l'attestare la conformità alla norma, e il rischio di sbagliare. **Moschea**: una religione «altra»: ci sono ortodossie diverse dalle proprie. Poi ci sono **conflitto**, **cognitivo**, **spiegare**, **raccontare**, **decidere**, **cambiamento**, **vissuto**. Invece del conformarsi, la fatica dell'emozionalità, del capire, parlare, fare scelte. Allontanandosi dal centro del cluster, si recupera un pensiero interpretativo, confrontato con la scelta e il conflitto più che con la conformità.

In sintesi: si è vincolati a dare una risposta idealmente corretta e giusta; il compito impossibile è fonte di angustia e stress. Il vincolo dell'ideale riposta corretta, del riferimento a una norma, è tanto più incombente e pesante quanto più questa norma non viene declinata in criteri e prassi. Di fatto ci si confronta la diversità propria e altrui e si è destinatari di richieste che non è facile né ricondurre a conformità né liquidare. Liberarsi della conformità è difficile e incerto, quando è possibile si può pensare, ma la «risposta giusta» torna a incombere.

Accoglienza. Cluster 2

In rapporto alla polarità negativa del primo fattore e positiva del secondo; nessuna variabile illustrativa.

La prima coppia di parole è **giovani – famiglia**. **Giovani**: l'età del vigore; oggi una categoria sociale dai confini confusi e conflittuali. **Famiglia**: persone legate da convivenza, parentela; l'agenzia finalizzata alla riproduzione della specie. Il giovane diventa adulto quando lascia la famiglia d'origine per la propria. Questo passaggio generazionale oggi è in profonda crisi. La famiglia è l'unica istituzione che regga in un panorama in cui politica, produzione, servizi pubblici e privati sono destituiti di affidabilità; i giovani hanno difficoltà a uscire da quella d'origine. Subito dopo la crisi generazionale c'è la **malattia** psichiatrica, che viene così proposta come conseguenza del fallimento della convivenza. Segue **ambulatorio**: la specificità dei servizi territoriali; l'etimo rimanda al camminare: nell'ambulatorio si ha libertà di movimento; si differenzia nettamente dal ricovero. Segue **disturbo**: disordine, fastidio; poi **ragazzi**, **figli**, **genitori**, **casa**, **crisi**. Il cluster insiste sulla crisi generazionale, sul restare ragazzi e figli, il restare nella casa dei genitori. Seguono **vivere**, **collaborare**, lavorare, produrre insieme, **compagni**. In alternativa c'è una relazione simmetrica in cui si condivide vita e produttività. Questa sembrerebbe essere ciò che va promosso dall'intervento dei SSM ambulatoriali, quelli dove si sceglie di andare. Segue **cronico**: condizione morbosa con scarsa tendenza a raggiungere l'esito, che sia la guarigione o la morte; è cronico anche uno stato ripetitivo, che non si adatta a nuove condizioni di vita tramite un nuovo equilibrio. La cronicità dal vertice del paziente è la malattia mentale che non guarisce; da quello del servizio è l'offerta che adatta a sé i pazienti, cronicizzandoli nella ripetitività del proprio funzionamento. Seguono **malessere**: inquietudine interna; **metabolizzare**: elaborare, assimilare idee, modi di essere; **relazione**; **lavoro**; **riuscire**; la relazione entro un contesto produttivo permette di metabolizzare l'inquietudine. **Morire**; **separazione**; **uscire**; **perdita**: il vissuto del lutto e del limite accompagna l'uscire, l'evitamento della cronicizzazione; quest'ultima è come morire, si sta senza futuro. Si pone la questione della cronicizzazione entro la ripetitività del servizio e di una malattia cronica da un lato, il lavoro vitale sulla perdita, la separazione, in altri termini sul cambiamento, dall'altro.

In sintesi. Un passaggio generazionale in profonda crisi è al centro dei problemi che l'utenza porta al CSM. In alternativa al restare ragazzi e figli nella casa dei genitori, può esservi una relazione simmetrica, in cui si condivide vita e produttività. Si pone la questione di saper cogliere fattori di cambiamento, di evitare la cronicizzazione, le situazioni senza uscita né riuscita: la ripetitività del servizio, la malattia cronica, la famiglia senza sviluppo generazionale. Viene proposta un'accoglienza che non ricovera, ma funziona sulla libertà della domanda e la capacità del Servizio di cogliere il problema posto dall'utenza.

Accoglienza. Cluster 3

In rapporto con il polo negativo del secondo fattore; nessuna variabile illustrativa.

Le prime due parole sono **richiesta – psicologo**. **Richiesta**: esprimere il desiderio di avere qualcosa. Segue **valutare**: dare un prezzo, giudicare. **Psichiatra**. Psicologo, psichiatra: i due specialismi a cui invia

l'accoglienza in quanto «filtro». Al centro del cluster c'è la valutazione per effettuare l'invio. **Idea**: contenuto del pensiero, farsi un'idea, capirci qualcosa. Non si tratta di valutare ma di capire. **Colloquio**: conversazione tra due o più persone, di solito su argomenti di qualche importanza; **psicoterapia**: intervento nei confronti di problemi mentali, emotivi e comportamentali, condotto con tecniche psicologiche. **Sostenere**. Invece di valutare e inviare, capire e sostenere parlando e intervenendo. **Smistare**: selezionare cose o persone, suddividendole in gruppi; **dati**: elementi risultanti da indagini utilizzati a determinati scopi. Invece di capire e intervenire, classificare e smistare. C'è conflitto. **Farmaci**: l'intervento proprio dello psichiatra, in quanto atto medico; rivolto al corpo, all'individuo. **Approdare**: raggiungere la riva, lo scopo; **utenza**: chi fa uso di qualcosa; **supporto**: elemento di sostegno; **DSM**; **medico di base**, una delle fonti di invio al DSM. Si cerca ancora supporto, entro un percorso fatto di approdi e rinvii, un percorso faticoso, pesante che può riguardare tanto l'utente che l'infermiere; seguono **pesante, indirizzare, ansia, affidare**. In sintesi. Nel C 2 (giovani-famiglia) sul polo opposto del secondo fattore in rapporto al C 3 si parlava di accogliere la domanda di una convivenza in crisi e di evitare la cronicizzazione sia della famiglia che del servizio come incapacità di stare nei cambiamenti in atto. Qui (richiesta-psicologo) compare un conflitto faticoso tra la funzione di «filtro» e l'accoglienza: se si valuta l'utente e lo si rimanda ad altri, a successivi interventi, non si sta nel rapporto che si ha con lui per parlare, sostenere, supportare.

Accoglienza. Cluster 4

In rapporto con il polo positivo del terzo fattore; nessuna variabile illustrativa.

La prima coppia di parole dense è **Sert – terapia**. Il Sert è un servizio pubblico per il trattamento delle dipendenze patologiche; come ai SSM, vi si rivolgono anche a persone senza una domanda e attori di comportamenti criminalizzabili se non fossero associati a una malattia e al cambiamento dovuto a una terapia. Poi c'è **seguire**: andare dietro, farsi guidare. La devianza medicalizzata può essere ricondotta sulla retta via seguendo una terapia. Segue **medico**: la guida del trattamento dei comportamenti medicalizzati. **Incontrare**: trovare per caso o andare incontro a qualcuno; dopo seguire c'è trovarsi, una relazione simmetrica che si può anche volere. **Caso**: avvenimento fortuito, modo specifico con cui si presenta un fatto generico; specificità sintomatica con cui una persona si presenta al medico: caso clinico. Qualcuno incontra un altro, o viene classificato nella sua specificità: si oscilla tra la simmetria dell'incontro e l'asimmetria della diagnosi. **Infermiere**: professione il cui cambiamento è stato riassunto come passaggio dall'infermiere esecutore a quello decisore; nel passato, con una funzione ancillare nei confronti del medico; gli intervistati sono infermieri. Che funzione assumono entro la medicalizzazione delle crisi di convivenza? Siamo tra assistenza e terapia. **Visite** da *vedere*: vedere, andare a vedere, esaminare, visita medica; quindi **dottore**; poi **agitato** mosso, turbato, eccitato; poi **consulenza**, consiglio di un professionista su materia a lui propria; **bisogno** mancanza di qualche cosa; **finire** condurre a termine, morire; **tranquillizzare** rassicurare, liberare da timori; **diagnosi** riconoscere una condizione morbosa del malato. Si associano atto medico, che esamina, valuta l'altro, e un'emozione agitata da tranquillizzare, una mancanza da placare; anche con la **puntura**, l'assunzione veloce di un farmaco. Gli infermieri sembrano ritrovarsi nella terapia medica.

In sintesi. Si è in rapporto con utenze che esprimono crisi di convivenza senza una loro domanda, la cui medicalizzazione è alternativa alla criminalizzazione. Senza nominarli, ci sono anche i pazienti psichiatrici senza domanda. La medicalizzazione deve garantire una correzione del comportamento deviante tramite la terapia. All'intervento correttivo si oppone l'incontro, il trovarsi. Ma prevale l'assimilazione all'atto medico, che conclude le crisi farmacologicamente, tranquillizzando. È presente l'infermiere, la professione degli intervistati, caratterizzata da un diverso rapporto con la terapia rispetto al medico; si pensi all'assistenza con cui gli infermieri erano identificati in passato, che ha significato una funzione ancillare nei confronti del medico. Nella storia dell'accoglienza si rispecchia il cambiamento della professione infermieristica: dalla funzione ancillare nei confronti dei medici all'assimilarsi ai medici nella terapia, oppure andare verso un ruolo che sviluppa una propria specifica funzione, una diversa assistenza.

Sintesi del piano fattoriale Accoglienza

Il primo fattore (C 1, risposta-giusto) è organizzato dall'imperativo della risposta giusta. È il servizio pubblico aperto a tutti, organizzato da diritti e doveri; l'aspetto istituzionale però non definisce né obiettivi né prassi per perseguirli. Averlo come unico riferimento getta in una paralisi angosciante. Non si può stare in una costrizione doveristica senza una specifica prassi; se ne esce a fatica, liberando il rapporto con l'utenza da una impossibile ortodossia, per incontrare una realtà che propone una grande variabilità non categorizzata e confondente.

Nel secondo fattore (C 3, richiesta-psicologo) la relazione con l'utenza è vissuta nel conflitto tra la funzione di «filtro», che rimanda un utente classificato e valutato all'intervento di altri, e lo stare nel rapporto con lui per parlare, sostenere, supportare.

Il C 1 e 3 sono centrati sulle dinamiche interne del CSM. A essi si oppone il C 2 (giovani-famiglia), attento alla domanda di un'utenza che sceglie, che decide di rivolgersi ai SSM. I problemi portati riguardano una crisi generazionale vista nell'ambito familiare. Se si riesce a non stare nell'ortodossia della giusta risposta o nel conflitto del «filtro», si coglie una domanda attuale, storicizzata, che rende leggibile la variabilità non categorizzata del C 1. La comprensione della domanda contrasta la cronicizzazione della relazione tra paziente e servizio.

C'è infine un terzo fattore (C 4 Sert-terapia), quello della medicalizzazione dei comportamenti da correggere che minacciano la convivenza; la componente medica e l'intervento dei farmaci è determinante, va riportata tranquillità entro situazioni di tensione. Troviamo qui la professione infermieristica.

Confronto tra Cittadini e Accoglienza. Conclusioni e prospettive di intervento entro il CSM

In Cittadini c'è contrapposizione tra «più giovani» (sotto i 40) e «più anziani» (sopra i 40). I «più giovani» parlano dell'identità dei SSM: tra psichiatria e problemi di convivenza; non hanno una domanda sui loro problemi. I «più anziani» hanno una domanda su una convivenza in crisi, a rischio di emarginazione e violenza, con al centro i problemi dei giovani. «Più giovani» e «più anziani» si contrappongono sul piano fattoriale. C'è contrapposizione anche tra «femmine» e «maschi». Per entrambi la questione centrale è il passaggio generazionale ed epocale. Le «femmine» lo vedono in una famiglia in crisi sui ruoli, sul genere, sul dover sopportare le crisi dell'emozionalità fino alla violenza. I «maschi» lo vivono come passaggio generazionale interrotto, in un contesto violento ed emarginante, segnato dal potere del danaro e dalla desertificazione di risorse.

In Accoglienza c'è conflitto tra l'impossibile obbligo della giusta risposta «a tutti» e le domande «infinite» nella loro variabilità da un lato, e l'intento di stare in rapporto con l'utenza dall'altro. Se ci si libera dalla risposta giusta a tutti, si colgono problemi di convivenza, che nascono dalla crisi del sistema familiare (segnalata in Cittadini dal C 2); mentre non si vede quella del contesto sociale più ampio (segnalata in Cittadini dal C 3). Il conflitto c'è anche nella funzione di «filtro», tra il non intervenire rimandando ad altri e ancora lo stare nel rapporto con l'utenza. Gli intervistati riconoscono più facilmente la loro identità professionale infermieristica nell'ambito dei trattamenti medici e farmacologici, di risoluzione delle crisi di un'utenza senza domanda, riferibile al malato psichiatrico grave.

L'Accoglienza è stata individuata come sintomatica del servizio nel suo complesso. Sarebbe importante l'evoluzione della cultura della risposta giusta verso quella della lettura della domanda dell'utenza. Ciò permetterebbe al servizio di avere criteri per l'Accoglienza, in particolare per i «disturbi emotivi comuni» e

le richieste delle famiglie. Si potrebbero differenziare, per integrarli e non viverli in conflitto, gli interventi fondati sulla diagnosi e rivolti all'individuo (che richiedono un filtro per avviare le persone a interventi specialistici), da quelli fondati sulla comprensione dei problemi di convivenza, che richiedono interventi sulla relazione¹⁷. Inoltre andrebbero differenziate le competenze che hanno bisogno di un setting riferito alla tecnica (psichiatrica, psicoterapeutica) dalla competenza relazionale coerente con una funzione organizzativa come quella dell'Accoglienza. Questa revisione concettuale e culturale, a supporto di una competenza organizzativa e non tecnico-specialistica, concernerebbe tutto il CSM nei differenti ruoli e funzioni.

Confronto tra Cittadini e Accoglienza. Conclusioni e prospettive di intervento nel rapporto tra SSM e cittadini

I cittadini sono stati interpellati sulle attese verso i SSM in generale; consideriamole da questo punto di vista. La loro domanda non è centrata sulla malattia mentale grave e individuale, ma su problemi di convivenza: c'è rischio di emarginazione e violenza entro un contesto anomico. C'è conflitto entro una famiglia confrontata con il disgregarsi delle relazioni, a carico della componente femminile, e un conflitto entro il contesto sociale più ampio, segnato dalla violenza del danaro e dall'emarginazione, in primo luogo dei giovani, ovvero del futuro. Tra "più giovani" e "più anziani" c'è distanza di linguaggi e di ottiche: "i più anziani" portano problemi tra cui il conflitto generazionale, "i più giovani" stanno al tema proposto senza portare una domanda sui loro problemi. Si rileva una contrapposizione anche tra "maschi" e femmine". Tutti si ritrovano nella domanda di investire sulla formazione a sviluppare relazioni, al tempo stesso competenti e affettivamente "vicine", entro un contesto di convivenza a rischio. La domanda di mettere in rapporto competenza e affettività entro la relazione e di poterne fare oggetto di formazione è fortemente innovativa da un punto di vista culturale.

La presenza della famiglia in crisi rimanda alla crisi del welfare italiano, centrato su una famiglia tradizionale della quale da più parti si segnala la sparizione; ricorda anche il conflitto aperto tra famiglia e SSM dalla legge 180, che "riconsegnava" il malato alla famiglia. La domanda di apprendere nuove forme di relazione si può connettere con l'esigenza di pensare, nel rapporto pubblico-privato, nuove forme di convivenza solidale, di reciproco supporto, capaci di riattivare speranza per il futuro. Non c'è domanda nei confronti della malattia psichiatrica come disturbo individuale; si può supporre che da un lato si ritenga che ci sia un intervento adeguato, dall'altro che essa venga ricondotta alla crisi di relazione e convivenza.

Restituzione

I dati sono stati discussi a più riprese: prima con il responsabile del CSM, poi con lui e il responsabile del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) in cui il CSM si colloca; poi con tutti gli operatori del CSM, poi con il responsabile del CSM, quello del DSM e lo staff di direzione. Attualmente si sta considerando come spendere la ricerca entro le iniziative formative del DSM.

Lo staff di ricerca

Rosa Maria Paniccia, docente MPSI08, Dipartimento 149 Sapienza, Roma.

Francesca Dolcetti, Fiammetta Giovagnoli, Cecilia Sesto, psicologhe cliniche, docenti di SPS Corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica.

¹⁷ Si può vedere in questo senso il supporto che può essere dato dai tirocinanti, un'importante risorsa dei SSM. Si veda: Baraldi et al. (2011) e Bonavita et al. (2012).

Caterina Virginia Aloi, Kristian Avilloni, Serafina Biagioli, Veronica Capozzi, Risia Fiorentino, Rafaela Giuca, Michele Guido, Nicola Leone, Raffaella Pretto, Luca Ruggiero, Elena Russo, Eliana Violi, studenti all'ultimo anno della Magistrale in "Psicologia clinica della persona delle organizzazioni e della comunità".

Ringraziamo Anna Di Ninni per i preziosi suggerimenti in corso di stesura.

Bibliografia

Baraldi, D., Bernardini, S., Bonavita, V., Bucci, F., Conti, I., Crisanti, P., ... Verducci, L. (2011). La funzione psicoterapeutica nei Servizi di salute mentale. Esperienze di tirocinio [The psychotherapeutic function in Mental Health Services. Training experiences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 148-157. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Bonavita, V., Casuccio, F., D'Alessandro, G., Di Ruzza, F., Di Sero, A., Izzo, P., ... Terenzi, V. (2012). Malattia Mentale: il mandato a occuparsene. Lo stato dell'arte dei servizi di salute mentale. Quali domande e quali interventi [Mental Illness: the mandate to handle. The state of the art in Mental Health Services. What questions and what interventions]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 133- 141. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Burns, T., & Firn, M. (2002). *Assertive Outreach in Mental Health: A Manual for Practitioners*. Oxford: Oxford University Press.

Carli, R. (1998). Sanità ed Azienda: Riflessioni sull'organizzazione sanitaria [Health and Company: Reflections about health organization]. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 16(3), 326-347.

Carli, R. (2011). Malati psichiatrici e domanda psicoterapeutica nei Servizi di Salute Mentale [Psychiatric patients and psychotherapeutic demand in Mental Health Services]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 134-147. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R., Giovagnoli, F., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti, F., De Berardinis, ... Sparvoli, M. (2008). Servizi psichiatrici per la diagnosi e la cura (SPDC) del Lazio: cultura locale e indicatori di sviluppo [Psychiatric services for the diagnosis and treatment (SPDC) of Lazio local culture and development indicators]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3 (Suppl.), 61-77. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R., Guerra, G., Lancia, F., & Paniccia, R.M. (1984). L'intervento psicosociale nei servizi di igiene mentale: un'esperienza [Psychosocial intervention in mental health services: an experience]. *Psicologia Clinica*, 3(1), 75-96.

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo* [Emotional analysis of the text]. Milano: FrancoAngeli.

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

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of Mental Health Services in Italy. From psychiatric patients to new users: The evolution of the aid demand and the dynamics of the relationship]. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2012a). Considerazioni critiche sulla cura della malattia mentale oggi in Italia [Critical considerations on the treatment of mental illness in Italy today]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 134-146. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2012b). Malattia mentale e senso comune [Mental illness and common sense]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 201-206. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R., Paniccchia, R. M., Di Ninni, A., Scala, V, Pagano, P., Giovagnoli, F., ... Bonavita, V. (2008). La Cultura Locale dei Centri di Salute Mentale (CSM) in Italia [The Local Culture of Mental Health Centres in Italy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3 (Suppl.), 1-60. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinmann, A. (1998). *La Salute Mentale nel Mondo: Problemi e priorità nei paesi a basso reddito* [World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries] Bologna: il Mulino (Original work published 1995).

Goldberg, D., & Huxley, P. (1993). *Disturbi emotivi comuni: Un approccio bio-sociale* [Common mental disorders: A bio-social model]. Roma: Il Pensiero Scientifico (Original work published 1992).

Gonon, F. (2013). La psichiatria biologica: una bolla speculativa? [The biological psychiatry: a speculative bubble]. *Aut aut*, 357, 143-164.

Guerra, G., & Paniccchia, R.M. (1987). Analizzare la domanda: un caso di intervento in un servizio di diagnosi e cura [Analysing the demand: a case for intervention in a service for diagnosis and treatment]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 54-64.

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

207

Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Sesto, C. (2014). La rappresentazione dell'Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento [The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A research-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 186-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Paniccia, R.M. (2002). La verifica della soddisfazione del cliente come integratore di professionalità e servizi. In M.G.S. Adamo, S. Serpieri, & P. Valerio (Eds.), *L'approccio integrato alla disabilità in età evolutiva: Da esigenza culturale a modalità operativa* [The integrated approach to disability in childhood: From cultural need in operating mode](pp. 85-91). Roma: Ma.Gi.
- Paniccia, R.M., Di Ninni, A., & Cavalieri, P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale [An intervention in a Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-95. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Reinert, R. (1986). Un logiciel d'analyse lexical: ALCESTE. *Le cahier de l'analyse des données*, 4, 471-484.
- Saraceno, B. (2014). *Discorso globale, sofferenze locali*. [Global discourse, local suffering]. Milano: Il Saggiatore.
- Scala, V. (2011). Ambulatorio e territorio: Considerazioni sull'operare clinico nei Centri di Salute Mentale [Surgery and territory: clinical considerations about work in Mental Health Centres]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 134-136. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.
- Scala, V. (2007). Tre schizzi per un ritratto [Three sketches for a portrait]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 213-219. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Tompson, J.D. (1990). *L'azione organizzativa* [Organizations in action]. Torino: ISEDI (Original work published 1967).
- World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Genève: WHO.

Attributions and Implications of Interpretive Models of Mental Illness in Southeastern Nigeria

Mary Gloria C. Njoku

Abstract

Mental illness is a highly stigmatized illness with minimal resources allocated to it in Nigeria. Individuals as well as families suffer from the social implications of having mental illness which includes reduced access to social network and job opportunities. The level of stigma associated with mental illness in Nigeria is suggestive of a mindset indicating that mental illness is primarily caused by the individual. The current study investigated the perception and attributions of individuals residing in Enugu, Nigeria, about mental illness and its causes. A total of 44 respondents participated in the study. Results showed poor knowledge of causes of mental illness and negative attitude as well as social distance towards persons with mental illness. This calls for continual education of the public on the etiology, treatment, prognosis and nature of mental illness. The stigmatizing attitude towards mental health poses greater illness burden on persons with mental illness and suggests a need for advancement of anti-stigma projects in Nigeria.

Keywords: Mental Illness; Perception; Attitude; Attributions; Stigma; Social Distance.

· Director of Academic Planning at Godfrey Okoye University (Nigeria) and Senior Lecturer in the Department of Sociology, Psychology and Religion. caelisgloria@sbcglobal.net +234 806 561 3687

Introduction

Mental illness presents with double-barreled challenges because those affected by it also suffer from stigmatization in addition to the burden of the illness itself (Brockington, Hall, Levings, & Murray, 1993; Coringan & Watson, 2002; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000). The greatest challenge in Nigeria is that crude methods of treatment of mental illness are still being used. These include chaining, flogging and attempting to use spiritual exorcism methods (personal observation). One Nigerian study of mental illness (Gureje, Lasebikan, Ephraim-Oluwanuga, Olley, & Kola, 2005) found that less than 10% of individuals with mental illness receive treatment and most of the services are provided by non-mental health specialist.

As with other countries, mental illness was ascribed to supernatural causes in the early centuries in Nigeria and treatments were provided by spiritualist and traditional healers whose roles were to drive away the evil spirit or demons possessing individuals with mental illness (Gureje et al., 2005). Till date, supernatural attributions continue to dominate explanatory models of mental illness in the country and spiritualist and traditional healers continue to be primary treatment options. Studies conducted by Adewuya and Makanjuola (2008) and Ukpong and Abasiubong (2010) showed that even medical professionals depict social distance towards persons with mental illness. The Mental Health Foundation of Lagos, Nigeria (n.d.) reported that there are only eight neuropsychiatric hospital in Nigeria to cater for the needs of approximately one million Nigerians with mental health disorders.

Reports in studies of mental illness in Nigeria indicate that the mere mention of the terms, mental health and mental illness, pull negative thoughts and statements from people (Adewuya & Makanjuola, 2008; Gureje et al., 2005). In some instances, families ignore their members who have severe mental illness and these people continue to roam the streets without treatment or any other life support such as food and shelter. On the streets, when they display aggressive behaviour, passers-by also ignore them. Some children when they see individuals with mental illness say unkind things to them such as "onye ara" (meaning mad person). Some pick up stones and throw at the unsuspecting victim (the person with mental illness). Studies have shown that individuals with mental illness experience harassments of varied dimensions (Berzins, Petch, & Atkinson, 2003; Kelly & Mckenna, 1997). Also, once diagnosed with mental illness, whether the illness was for a short duration as in pre or post partum psychosis or long duration as in Schizophrenia, individuals suffer from lifetime stigmatization. Members of their families also suffer with them because in most cases, those who consider themselves mentally well tend to display isolating behaviour towards such families. Getting married or jobs may become very difficult for the recovered individual and family members of current and recovered persons with mental illness (personal observation). Thus, the nation suffers loss of productive workforce due to mental illness.

Studies have shown that poor knowledge of the causes and treatment of mental illness contributes to people's vulnerability to stigmatization attitude. Studies from western regions of Nigeria have supported the findings of high level of social distance and stigma associated with mental illness in Nigeria (Adewuya & Makanjuola, 2008; Gureje et al., 2005; Ukpong & Abasiubong, 2010). The aim of the present study is to examine the perception and attitude of people towards those with mental illness in southeast Nigeria.

Method

Procedure

This study was carried out in Enugu and participants were drawn primarily from students and staff representing varied southeastern states who were studying or working at a local private university in Enugu, Enugu State. Permission to conduct the study was obtained from the university management responsible for ethical conduct of research. All adults above 18 years of age within the sampled area were eligible to participate in the study. The researcher administered an informed consent to the respondents before giving them the study measures to complete. The participants could refuse or accept to participate in the study. Only participants who signed the informed consent were allowed to complete the study questionnaires.

Participants

This study surveyed 44 individuals. The sample was 45.5% female and 54.5% male. The mean age was 25.26 years, SD = 8.0. All but one participant had at least three years of university education.

Measures

The questionnaire used for the study comprised a section for demographical information, the Community Attitude Toward Mental Illness, the Mental Health Knowledge Schedule and the Reported and Intended Behaviour Scale.

Community Attitude Toward Mental Illness (CAMI; Taylor & Dear, 1981). The CAMI is a self-report inventory designed to measure people's attitude towards individuals with mental illness. The CAMI includes four subscales, authoritarian, benevolence, social restrictiveness, and community mental health ideology (Taylor, Dear, & Hall, 1979). The respondents were asked to rate each statement on a 5-point scale (strongly agree, agree, neither, strongly disagree, disagree). Previous studies indicate that the CAMI has acceptable reliability ranging from 0.68 to 0.88 and concurrent validity (Sevigny et al., 1999). Gureje et al. (2005) and Ukpong & Abasiubong (2010) had used the CAMI scale for studies in Nigeria.

Mental Health Knowledge Schedule (MAKS; Evans-Lacko et al., 2010). MAKS was used to assess the mental health knowledge of respondents. The items are scored on an ordinal scale (1 to 5). Items in which the respondent strongly agrees with a correct statement have a value of 5 points while 1 point reflects a response in which the respondent strongly disagrees with a correct statement. "Don't know" is coded as neutral (that is, 3) for the purposes of determining a total score. The total score for each participant was calculated by adding together the response values of each item. Items 1-6 were used to determine the total score. Items 7 to 12 were used to establish levels of recognition and familiarity with various conditions and also to help contextualize the responses to other items.

Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS; Evans-Lacko et al., 2011). The RIBS is a measure of mental health stigma related behaviour that is based on *The Star Social Distance Scale*, which can be used with the general public. RIBS items 5-8 are scored on an ordinal scale (1-5). Items in which the respondent strongly agrees with engaging in the stated behaviour have a value of 5 while individuals who strongly disagree that they could engage in the stated behaviour receive 1 point. The total score for each participant is calculated by adding together the response values for items 5-8. 'Don't know' is coded as neutral (i.e., 3) for the purposes of determining a total score. As items 1-4 only calculate the prevalence of behaviours and respondents may or may not have engaged in those behaviours, they are not given a score value.

Statistical Analysis

The data was analysed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS 20.0). Sample means and frequencies were examined for the causes of mental illness, social distance, attitude towards individuals with mental illness and treatment of mental illness.

Results

Causes of Mental Illness

In terms of causes of mental illness, the most commonly cited cause of mental illness was use of drugs (72.7%) and drugs such as marijuana, cocaine, tramadol, rephnol, rochy, codine and heroine were indicated as the causes of mental illness. The next factor commonly endorsed by the participants was traumatic events (47.7%), followed by use of alcohol (43.2%). See Table 1 for participants' responses to all the possible causes in the questionnaire in frequency order. All the respondents endorsed multiple causes of mental illness.

Contact with People who have Mental Illness And Social Distance

The level of contact with individuals who have mental illness was assessed with RIBS items 1-4. 51.2% of the participants indicated that they are currently living with, or have lived with someone with a mental health problem. A quarter (15.9%) reported that they are currently working with, or have worked with someone with a mental problem. For the item that asks, "do you currently have or have you ever had, a neighbour with a mental health problem?", 59% of the participants responded affirmatively while 25% indicated that they currently have, or have had a close friend with a mental health problem. On the RIBS specific questions measuring social distance and stigma, results indicate that only 6.8% reported that they would be willing to live with someone with a mental health problem in the future, 13.6% indicated willingness to work with someone who had a mental health problem, 20.5% agreed that they would be willing to live nearby a person with mental illness and 31.8% reported willingness to maintain a friendship with a person who had mental illness.

Attitudes towards individuals with mental illness

The attitude of the participants towards mental illness varied across the 4 CAMI subscales. For the Authoritarian subscale, 75% agreed that individuals with mental illness should be controlled like young children, 68.2% agreed that there is something about persons with mental illness that makes them easily identifiable from normal people, 63.3% agreed that a person should be hospitalized as soon as signs of mental illness are noted (see Table 2). The results indicated strong benevolence attitude (Table 2). In the Restrictiveness subscale, 52.3% disagreed with the statement regarding women who were once patients in mental hospital being trusted as babysitters and 45.5% indicated that they would not want to live next door to someone who had had mental illness. The Community Mental Health Ideology subscale showed elevated negative attitude in four items. Sixty-eight percent of the participants agreed that having individuals with mental illness living in a residential area might be good therapy, but the risks are too great, 52.2% stated that mental health centres should be kept out of residential areas, 45.5% agreed that local residents have good reasons to resist the location of a mental hospital in their area and 43.2% agreed that it is frightening to think of people with mental problems living in residential neighbourhoods.

There were other questions included in the survey that were derived from the themes of *Rethink: Combating Stigma* DVD covering issues of employability, impact of mental health on physical health, housing and violence. These questions revealed conflicting attitudes. For example, 74.4% of the participants agreed that employment can help persons with mental health to stabilize but only 40% indicated that they would be likely to employ individuals who have had mental illness and 68.2% reported that they would fire the employee if they learn about his/her current mental illness. In terms of housing, 76.7% agreed that stable housing could help persons with mental illness but only 18.2% reported that they would rent their houses/apartments to individuals with mental illness. Regarding violence, 79.5% reported

that individuals with mental illness are more likely to be victims of violence and 61.4% indicated that they likely to be perpetrators of violence.

Treatment of mental illness

The exploration of the types of treatments that are given to persons with mental illness indicated that 81.8% of the participants endorsed psychotherapy, 29.5% medicine, 25% spiritual exorcism and 22.7% other types of treatment. Participants were asked to explain other types of treatment and they wrote spiritual rehabilitation, praying to God, being close to the person with mental illness, mentoring, and making persons with mental illness happy. There were questions on treatment targeted towards participants who had mental illness included in the survey but due to low number of respondents with mental illness, these items were not analysed.

Discussion

The findings regarding causes and attitude to mental illness were consistent with those from Gureje et al. (2005), Kabir, Iliyasu, Abubakar, & Aliyu (2004) and Ukpong and Abasiubong (2010) studies. The results indicated that participants believed in a variety of causes of mental illness with use of drugs being the most commonly reported cause. The findings also suggested that participants hold negative view of mental health. It is surprising that these results were obtained despite the educational level of the respondents. With the exception of one participant, all others had received at least three years of university education.

Causes of Mental Illness

The most commonly reported cause of mental illness, use of drugs, supports the idea of inadequate knowledge of mental illness which could be linked to negative attitude towards persons with mental illness. Although the belief in use of drugs causing mental illness may be perceived by some individuals as a deterring factor in the use of drugs, this general belief may enhance the stigmatization of mental illness as a problem that people bring upon themselves for which they should suffer. This is because use of drug is perceived as a failure in morality and the norms of the society. Thus, if mental illness is considered as occurring primarily due to use of drugs, the society may display condemnatory attitude towards individuals with mental illness and fail to empathize and support the advancement of understanding and treatment of mental illness (Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). The most frequently reported drug was marijuana (cannabis) and its use is considered criminal in Nigeria. Participants' report of cannabis as a primary drug of abuse related to emergence of mental illness may be portraying a commonly held view in Nigeria suggesting that most people with mental illness use cannabis or that those who use cannabis develop mental illness (Gureje et al., 2005). This type of view may be associated with linking criminality to mental health. This researcher received a list of inmates at the Enugu prisons and was surprised to find that the reason cited for a majority of the inmates was insanity and this shows the way the society treats persons with mental illness.

Although the world has moved largely to an understanding of the etiology of mental health that could be explained by biopsychosocial model, some of the respondents have continued to believe in a supernatural model (Odejide, Oyewunmi, & Ohaeri, 1989) which was the first model for the explanation of mental illness. This belief in supernatural causes is made visible by the participants' endorsement of spiritual attack, possession by the evil spirit and God's punishment as causes of mental illness. This type of mindset suggest that some Nigeria may approach the treatment of mental illness from spiritual strategies that are purely religiously-based (Gureje et al., 2005). The endorsement of spiritual exorcism for the treatment of mental illness supports this notion.

Contact and social isolation

The results indicating that the participants prefer social distance to persons with mental illness noted in both the RIBS and the Community Mental Health Ideology subscale of the CAMI shows that many people are not comfortable with socializing with those who have mental illness. As noted by Gureje et al. (2005), the closer the intimacy or contact required for communication, the more individuals would seek for social distance. Only 6% indicated that they would be willing to live with persons who have mental illness. The findings of high level of unwillingness to offer employment or rent accommodation space to individuals with mental illness also indicate an attitude of seeking social distance from persons who have mental illness. This type of attitude is apt to produce a lack of adequate knowledge of persons with mental illness. It has been noted that interaction is one way of reducing prejudice, stereotype and stigma. The continual social distance towards persons with mental illness will serve to prolong the lack of adequate knowledge of mental illness and its stigmatization.

Attitude to people with mental illness

The elevated negative attitude towards mental health noted in this study indicates the level of tolerance individuals might have for persons with mental illness. Beliefs such as people with mental illness need the same kind of control as young children, may undermine the rights of person with mental illness if they are given this type of treatment. Also disagreeing with the notion that mental illness is an illness like any other could heighten differential treatment of persons with mental illness. For example when someone is diagnosed with a physical illness like malaria, they may not suffer employment or housing adverse effect but as noted in this study a diagnosis of mental illness is more likely to lead to a loss of employment and stable housing. Thus, it is apparent that individuals with mental illness carry the additional burden of stigmatization. This finding is consistent with results from studies done in other parts of the country and the world (Gureje et al., 2005; Shibre et al., 2001; Thara & Srinivasan, 2000; Ukpong & Abasiubong, 2010).

Limitations

The results of this study should be interpreted with caution as it represents the views of southeastern Nigeria. Ayorinda, Gureje, & Lawal (2004) had noted the diverse nature of Nigeria and varying levels of access to mental health in different areas of Nigeria. In addition, because of the small sample size, certain variables that could have been examined were not explored. It is suggested that subsequent studies should endeavour to use a large sample size and include persons who have had or are currently having mental illness. Other studies conducted in other parts of the country produced similar results and therefore suggest that findings indicating poor knowledge of mental health and negative attitude towards persons with mental illness may not be circumscribed to the southeastern region of Nigeria.

Conclusion

This study found that poor knowledge of mental health is still prevalent in Nigeria. Most commonly reported cause of mental illness was use of drugs. Negative or conflicting attitude has continued to impact mental illness. It is very surprising that the respondents recognized the need for employment and stable housing for individuals with mental health and yet were unwilling to employ or rent house/apartment to them. This shows that benevolent attitude may not translate to positive action to advance the cause of mental illness in Nigeria. This calls for continual education of the public on the etiology, treatment, prognosis and nature of mental illness. The stigmatizing attitude towards mental health poses greater illness burden on persons with mental illness and suggests a need for advancement of anti-stigma projects in Nigeria. There is also a great need to develop a mental health policy in Nigeria to guide work in this

area.

References

- Adewuya, A.O., & Makanjuola, R.O. (2008). Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(5), 389-395. DOI: 10.1080/00048670801961115
- Ayonrinde, O., Gureje, O., & Lawal, R. (2004). Psychiatry research in Nigeria: bridging tradition and modernisation. *British Journal of Psychiatry*, 184, 536-538. DOI: 10.1192/bjp.184.6.536
- Berzins, K.M., Petch, A., & Atkinson, J.M. (2003). Prevalence and experience of harassment of people with mental health problems living in the community. *British Journal of Psychiatry*, 183, 526-533. DOI: 10.1192/bjp.183.6.526
- Bhugra, D. (1989). Attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 1-12. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1989.tb01293.x
- Brockington, I.F., Hall, P., Levings, I., & Murray, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99. DOI: 10.1192/bjp.162.1.93
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.05.024
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule (MAKS). *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 440-448.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Rhydderch, D., Henderson, C., Thornicroft, G., (in press). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS), *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. DOI:10.1017/s2045796011000308
- Gureje, O., Lasebikan, V., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B.O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 186, 436-441. DOI:10.1192/bjp.186.5.436
- Gureje, O., Odejide, O.A., & Acha, R.A. (1995). Pathways to psychiatric care in Ibadan, Nigeria. *Tropical and Geographical Medicine*, 47, 125-129.
- Kabir, M., Iliyasu, Z., Abubakar, I.S., & Aliyu, M.H. (2004). Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria. *BMC International Health and Human Rights*, 4, 11-15. DOI: 10.1186/1472-698x-4-3
- Kelly, L., & Mckenna, H. (1997). Victimization of people with enduring mental illness in the community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 185-191. DOI:10.1046/j.1365-2850.1997.00054.x
- Odejide, O.A., Oyewumi, K.L., & Ohaeri, J.U. (1989). Psychiatry in Africa: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 708-716.
- Sevigny, R., Yang Wenyong, Zhang Peiyan, Marleau, J.D., Yang Zhouyun, Su Lin, ... Wang Haijun (1999). Attitudes toward the mentally ill in a sample of professionals working in a psychiatric hospital in Beijing (China). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 41-55. DOI: 10.1177/002076409904500106

- Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A., ... Jacobsson, L. (2001). Perception of stigma among the family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*, 229-303. DOI: 10.1007/s001270170048
- Taylor, S.M., & Dear, M.J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, *7*, 225-240. DOI: 10.1093/schbul/7.2.225
- Thara, R., & Srinivasan, T.N. (2000). How stigmatizing is schizophrenia in India? *International Journal of Social Psychiatry*, *46*, 135-141. DOI: 10.1177/002076400004600206
- Ukpong, D.I., & Abasiubong, F. (2010). Stigmatising attitudes towards the mentally ill: A survey in a Nigerian teaching hospital. *South African Journal of Psychiatry*, *16*(2), 56-60.
- Weiner, B., Perry, R.P., & Magnussan, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 738-748. DOI: 10.1037/0022-3514.55.5.738

Table 1. Participants' Reported Causes of Mental Illness

Reported Cause	No	%
Use of Hard Drugs	32	72.7
Traumatic Events	21	47.7
Use of Alcohol	19	43.2
Stress	18	40.9
Genetic Inheritance	18	40.9
Spiritual Attack	10	22.7
Physical Illness	10	22.7
Physical Abuse	10	22.7
Possession by Evil Spirit	9	20.5
Poverty	6	13.6
Other Causes	6	13.6
Witches	4	9.1
God's Punishment	3	6.8

*** Participants endorsed multiple causes.

Table 2. Attitude Towards the People with Mental Illness

Community Attitude Toward Mental Illness (CAMI) Items	N	%
<i>CAMI Authoritarian Subscale</i>		
	21	47.7
Large mental hospitals are an outdated means of treating the mentally ill (strongly disagree/disagree)	30	68.2
	14	31.8
There is something about the mentally ill that makes it easy to tell them from normal people (strongly agree/agree)	33	75
	28	63.6
Less emphasis should be placed on protecting the public from the mentally ill (strongly disagree/disagree)	25	56.8
	15	34.1
Mental patients need the same kind of control as young children (strongly agree/agree)	12	27.3
A person should be hospitalised once he shows signs of mental illness (strongly agree/agree)	5	11.3
	6	13.6
Mental illness is an illness like any other (strongly disagree/disagree)		
Lack of self-discipline and willpower is one of the main causes of mental illness (strongly agree/agree)		
Keeping them behind locked doors is one of the best ways to handle the mentally ill (strongly agree/agree)		
Virtually any one can become mentally ill (strongly disagree/disagree)		

The mentally ill should not be treated as outcasts from society (strongly disagree/disagree)

CAMI Benevolence Subscale

The mentally ill are a burden on society (strongly agree/agree)	13	29.5
	9	20.5
It is best to avoid anyone who has mental problems (strongly agree/agree)	4	9.1
	3	6.8
Our mental hospitals seem more like prisons than like places where the mentally ill can be cared for (strongly disagree/disagree)	4	9.1
	11	25.0
More tax money should be spent on the care and treatment of the mentally ill (strongly disagree/disagree)	0	0
	0	0
The mentally ill do not deserve our sympathy (strongly agree/agree)	1	2.3
	8	18.2

The mentally ill have for too long been the subject of ridicule (strongly disagree/disagree)

We have a responsibility to provide the best care for the mentally ill (strongly disagree/disagree)

We need to adopt a more tolerant attitude towards the mentally ill in our society (strongly disagree/disagree)

Increased spending on mental health services is a waste of tax money (strongly agree/agree)

There are sufficient existing mental health services in Nigeria (strongly agree/agree)

CAMI Social Restrictiveness Subscale

The mentally ill should be denied their individual rights (strongly agree/agree)	3	6.8
	23	52.3
Women who were once patients in a mental hospital can be trusted as babysitters (strongly disagree/disagree)	14	31.8
	14	31.8
The mentally ill should not be given any responsibility (strongly agree/agree)	10	22.7
	20	45.5
Anyone with a history of mental illness should be excluded from taking public office (strongly agree/agree)	3	6.8
	9	20.5
The mentally ill are far less of a danger than most people suppose (strongly disagree/disagree)	3	6.8
	3	6.8

I would not want to live next door to someone who has been mentally ill (strongly agree/agree)

The mentally ill should be isolated from the rest of the community (strongly agree/agree)

No one has the right to exclude the mentally ill from their neighborhood (strongly disagree/disagree)

Mentally ill patients should be encouraged to assume the responsibility of normal life (strongly disagree/disagree)

A woman would be foolish to marry a man who has suffered from mental illness, though he seems fully recovered (strongly agree/agree)

CAMI Community Mental Health Ideology Subscale

Having mental patients living in a residential area might be good therapy, but the risks are too great (strongly agree/agree)	30	68.2
It is frightening to think of people with mental problems living in residential neighbourhoods (strongly agree/agree)	19	43.2
Mental health centres should be kept out of residential areas (strongly agree/agree)	23	52.3
Locating mental health services in residential neighbourhoods does not endanger local residents (strongly disagree/disagree)	16	36.4
Local residents have good reasons to resist the location of a mental hospital in their area (strongly agree/agree)	20	45.5
Residents have nothing to fear from people coming into their area to receive mental health treatment (strongly disagree/disagree)	9	20.5
The best therapy for many mental health problems is to be part of a normal community (strongly disagree/disagree)	10	22.7
As far as possible, mental health services should be provided through community-based facilities (strongly disagree/disagree)	5	11.4
Locating mental health facilities in residential areas downgrades the neighbourhood (strongly agree/agree)	9	20.5
Residents should accept location of mental health facilities in their neighbourhood to serve the needs of the local community (strongly disagree/disagree)	7	15.9

Contributions of a Community-Based Organization for the Transformation of the Mental Health System in Portugal

José Ornelas^{*}, Francesca Esposito^{**}, Beatrice Sacchetto^{***}

Abstract

This contribution presents how a community-based organization, the AEIPS (*Associação para o Estudo e a Integração Psicossocial*), founded in 1987 in Lisbon by people with experience of mental illness, along with family members, and professionals of the sector, has influenced a transformative change in the mental health system in Portugal. Inspired by the principles and values of community psychology, since its creation the AEIPS has the goal of fostering the process of de-institutionalization and the development of a system of community-based services aimed at integrating people with experience of mental illness in the community. The adoption of a contextual and ecological perspective, which assumes the recovery as the core mission, has contributed to the development of the AEIPS as a center that promotes bonds between individuals and their communities. In particular, in this article is described how the AEIPS has organized its services in terms of housing, education and employment, facilitating people's access to resources existing in natural settings, such as schools, companies, and other services available to all population. Before explaining how the intervention of this organization is carried out at the operational level in the different areas, the conceptual framework that guides its professional practice will be presented: the recovery and empowerment, the contextual-ecological perspective, and the capabilities approach for the human development. The article will conclude with some reflections on this working experience of more than twenty years, and the transformative impacts of the intervention paradigm proposed at the professional, organizational, social and political level.

Keywords: community mental health; contextual-ecological approach; recovery; empowerment; capabilities approach.

* José Ornelas, Associate Professor with Aggregation at the ISPA-University Institute, Lisbon, Portugal. Founding member and scientific coordinator of the AEIPS- Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. E-mail: jornelas@ispa.pt

** Francesca Esposito, Phd candidate in Community Psychology at the ISPA- University Institute, Lisbon, Portugal. E-mail: fesposito@ispa.pt

*** Beatrice Sacchetto, Phd candidate in Community Psychology at the ISPA-University Institute, Lisbon, Portugal. E-mail: BSacchetto@ispa.pt

Contributi di una organizzazione su base comunitaria per la trasformazione del Sistema di Salute Mentale in Portogallo

José Ornelas *, *Francesca Esposito* **, *Beatrice Sacchetto* ***

Abstract

Questo contributo presenta come una organizzazione su base comunitaria, l'AEIPS (*Associação para o Estudo e a Integração Psicossocial*), fondata nel 1987 a Lisbona da persone con esperienza personale di malattia mentale, insieme a familiari e professionisti del settore, abbia influenzato in modo trasformativo il sistema di salute mentale in Portogallo. Ispirandosi ai principi e valori della psicologia di comunità, fin dalle sue origini l'AEIPS ha come obiettivo quello di promuovere il processo di de-istituzionalizzazione e lo sviluppo di un sistema di servizi su base comunitaria atto a integrare le persone con esperienza di malattia mentale nella comunità. L'adozione di una prospettiva contestuale ed ecologica, che assume il recovery come mission principale, ha contribuito allo sviluppo dell' AEIPS come centro che promuove legami tra gli individui e le loro comunità di appartenenza. In particolare, nel presente contributo viene descritto come l'AEIPS ha organizzato i propri servizi in termini di abitazione, educazione e impiego, favorendo l'accesso delle persone alle risorse presenti nei contesti naturali, quali ad esempio scuole, imprese ed altri servizi disponibili per tutta la popolazione. Prima di illustrare come l'intervento di questa organizzazione si esplica a livello operativo nelle diverse aree, sarà presentato il quadro concettuale che orienta la sua prassi professionale: il recovery e l'empowerment, la prospettiva contestuale-ecologica e l'approccio delle capacità per lo sviluppo umano. L'articolo si concluderà con alcune riflessioni circa questa esperienza di lavoro più che ventennale e gli impatti trasformativi del paradigma di intervento proposto a livello professionale, organizzativo, sociale e politico.

Parole chiave: salute mentale comunitaria; approccio contestuale e ecologico; recovery; empowerment; approccio delle capacità.

* José Ornelas, Professore Associato con Aggregazione presso l'ISPA-Istituto Universitario, Lisbona, Portogallo. Membro fondatore e coordinatore scientifico dell' AEIPS- Associação para o Estudo e Integração Psicossocial.

** Francesca Esposito, Dottoranda in Psicologia di Comunità presso l'ISPA-Istituto Universitario, Lisbona, Portogallo.

*** Beatrice Sacchetto, Dottoranda in Psicologia di Comunità presso l'ISPA-Istituto Universitario, Lisbona, Portogallo.

Una prospettiva storica

Durante gli anni '80 il sistema di salute mentale in Portogallo, così come in molti altri paesi, era strutturato in ospedali psichiatrici, reparti psichiatrici integrati negli ospedali generali e grandi strutture istituzionali gestite da congregazioni religiose. Gli interventi erano solo di matrice istituzionale e focalizzati sulla cura/contenimento dell'individuo considerato quale "elemento destabilizzatore" della convivenza sociale. Il primo tentativo legislativo di arginare il sistema ospedalocentrico, investendo progressivamente nella promozione di servizi e interventi territoriali adeguati alle esigenze della popolazione, risale al 1963. A seguire a questa prima legge sulla salute mentale, negli anni '70 e '80 sono stati creati dei Centri di Salute Mentale a livello distrettuale, permettendo così, per la prima volta, che fossero fornite cure a livello locale, laddove prima le persone potevano rivolgersi solo agli ospedali psichiatrici dei maggiori centri metropolitani (Lisbona, Porto e Coimbra). Tuttavia, l'estensione di una rete di centri di salute mentale nelle zone di Lisbona e Porto si è sempre scontrata con ostacoli significativi. Dopo i primi programmi nazionali di ristrutturazione delle cure di salute mentale, nel 1985 e nel 1989, non solo fu rafforzata la rete di centri di salute mentale a livello distrettuale ma furono anche creati i primi centri all'interno delle zone metropolitane. Oltre a questo, fu costruito un sistema di informazione sulla salute mentale a base nazionale e una area specifica per la salute mentale venne integrata nel programma funzionale dei nuovi centri di salute (strutture territoriali atte a garantire l'assistenza sanitaria di base a tutta la popolazione). Furono infine creati nuovi servizi di psichiatria negli ospedali generali di molte città (ad esempio Aveiro, Barreiro, Amadora, Santarém, Setúbal, Almada, Tomar, Gaia, Guimarães, Garcia de Orta, etc). Nonostante questi sforzi, l'incapacità di sviluppare strategie coerenti ed efficaci per il trasferimento di risorse dagli ospedali psichiatrici ai nuovi servizi inseriti nella comunità comportò che molti di questi, fin dalla loro origine, si dovettero confrontare con la carenza di risorse, non potendo così rispondere in maniera soddisfacente alle esigenze della popolazione. Un ulteriore sviluppo risale al 1992, quando venne stabilita l'integrazione di tutti i Centri di Salute Mentale all'interno degli ospedali generali. Il precipitoso ritorno dei servizi per la cura della salute mentale alle strutture ospedaliere, centrate sulla cura del paziente ricoverato, portò ad una quasi totale assenza di servizi nell'ambito delle comunità. Nel 1994, fu costituita, sotto la Direzione Generale della Sanità, una Commissione per lo Studio della Salute Mentale che, contando sulla partecipazione di una vasta gamma di rappresentanti dei vari settori implicati nell'assistenza sanitaria, elaborò un documento che costituì la base della Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale tenutasi nel 1995. Le proposte sviluppate nell'ambito di questa iniziativa costituirono la base dell'attuale legge sulla salute mentale (Legge n. 36/98)¹, così come del successivo decreto legge (n. 35/99)² che la regola. Questa nuova normativa, se da un lato ha stabilito i principi che regolano il ricovero ospedaliero coatto e la difesa dei diritti delle persone con malattia mentale, dall'altro ha definito i pilastri dell'organizzazione dei servizi di salute mentale in Portogallo, in conformità con i principi internazionali in questo settore. Grazie a questa nuova normativa è stata finalmente decretata la fine dell'inaccettabile pratica del ricovero coatto. Ancora una volta il problema è stato che, all'approvazione della legge, non è seguito un processo lineare di pianificazione e attuazione delle riforme proposte. Nonostante ciò, a questo processo si sono accompagnati alcuni importanti sviluppi. Tra questi l'emanazione del decreto n. 407/98³, che

¹ http://www.saudepublica.web.pt/10-atestados/Lei-36-98_SaudeMental.pdf

² http://195.23.253.118/documentos/saude/Legislaao/Decreto%20Lei%20N%C2%BA35_1999%20de%205%20Feveiro%20-%20Estabelece%20os%20princ%C3%ADpios%20orientadores%20dos%20servi%C3%A7os%20de%20psiquiatria%20e%20sa%C3%BAde%20mental.pdf

³ http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98

disciplina l'articolazione di risposte in ambito sociale e sanitario con l'obiettivo di fornire assistenza continua alle persone con problematiche di salute mentale, così come della ordinanza ministeriale (portaria) n. 348-A/98⁴, che ha permesso la creazione di imprese sociali, che hanno avuto un impatto significativo sullo sviluppo dei programmi di riabilitazione psicosociale. Nel 2004, la Direzione Generale della Sanità pubblicò la *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*, un documento tecnico che definiva e regolava il sistema di articolazione tra servizi ospedalieri e comunitari operanti a livello locale e regionale, e promosse l'organizzazione della Seconda Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale. Queste iniziative sollevarono l'attenzione sulla necessità di inserire la salute mentale all'interno dell'agenda della sanità pubblica in Portogallo e di attuare le modifiche raccomandate dalla legge del '98. Infine, nel 2006 il Ministro della Salute nominò una Commissione Nazionale per la Ristrutturazione dei Servizi di Salute Mentale con l'obiettivo di elaborare un Piano di Azione (2007-2016)⁵ per la riorganizzazione e lo sviluppo dei servizi di cura e assistenza nell'ambito della salute mentale. Questo Piano definiva tra i principi guida il recovery (per una trattazione approfondita di questo concetto cfr. infra) e l'auto-determinazione delle persone con esperienza di malattia mentale, evidenziando l'importanza di creare opportunità di partecipazione nella comunità per promuovere la cittadinanza e nei servizi stessi per sollecitare la collaborazione nei processi di pianificazione e implementazione. Questo Piano ha infine proposto la creazione di meccanismi per facilitare l'accesso all'impiego e all'abitazione per questo gruppo di persone. Per garantire la concretizzazione delle varie strategie di azione proposte dalla Commissione Nazionale furono istituiti un Coordinamento Nazionale per l'Implementazione del Piano di Salute Mentale (CNIPSAME), situato all'interno del Ministero della Salute e responsabile per l'amministrazione e lo sviluppo dei servizi locali e regionali di salute mentale e per la coordinazione di questi con le organizzazioni non governative, e una Rete Nazionale di Cure Continue e Integrate di Salute Mentale (RNCCISM), afferente ai Ministeri della Salute e del Lavoro e della Solidarietà Sociale, con l'obiettivo di potenziare i programmi di riabilitazione psicosociale. Sulla base del Piano Nazionale 2007-2016, nel 2010 è stata emanata la Legge n. 8/2010⁶ che ha definito l'organizzazione e il coordinamento di tre tipi di strutture multidisciplinari, atte a prestare assistenza continua e integrata: servizi di sostegno domiciliare, unità socio occupazionali e unità residenziali. Concludendo, il processo di creazione di nuovi servizi di salute mentale in Portogallo è stato un processo travagliato, con progressi, regressi e periodi di stallo. Nonostante passi significativi siano stati compiuti nel corso degli ultimi 30 anni, il Portogallo è ancora un paese con due sistemi nel campo della salute mentale: le grandi istituzioni psichiatriche, che dispongono della maggioranza delle risorse, e i sistemi di supporto su base comunitaria. La copertura del territorio nazionale da parte dei secondi è attualmente ancora incompleta.

Nel contesto sopradescritto, nel 1987 un piccolo gruppo di professionisti con formazione in psicologia della comunità iniziò a svolgere delle visite domiciliari a persone residenti nella comunità di Olivais, Lisboa, che fossero state precedentemente ricoverate nel reparto psichiatrico dell'ospedale. Nel Marzo del 1987, in un locale messo a disposizione dal Municipio di Olivais, iniziarono ad aver luogo degli incontri tra i professionisti, alcune delle persone dimesse e i loro familiari. Questi incontri avevano l'obiettivo di capire i bisogni specifici di questo gruppo di persone ed identificare delle possibili risposte attuabili in alternativa all'intervento ospedaliero tradizionale. Come evoluzione di questo percorso, nell'Ottobre del 1987 fu fondata una organizzazione non governativa denominata AEIPS - *Associação para o Estudo e a Integração Psicossocial* (Associazione per lo Studio e l'Integrazione Psicosociale) il cui principale obiettivo era la creazione di un sistema di servizi su base comunitaria atto a promuovere una integrazione effettiva delle persone con esperienza di malattia mentale nella comunità, influenzando altresì le politiche pubbliche nell'ambito della salute mentale. Al fine di dare una base scientifica a questo processo fu avviato uno stretto partenariato con l'Istituto Universitario

⁴ <http://www.dre.pt/pdf1sdip/1998/06/138B01/00020006.PDF>

⁵ http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RIOFINAL_ABRIL2007.pdf

⁶ <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/f9c07368984c8cae08ec9d3e0c9ca030.pdf>

ISPA di Lisbona, che ha permesso lo sviluppo di varie ricerche volte a verificare l'efficacia del modello di intervento e il suo impatto in termini di cambiamento sociale e politico. Questo percorso di ricerca e intervento ha portato, nel corso di questi 27 anni, alla sintesi dei contributi teorici della psicologia di comunità e alla definizione di un paradigma di intervento in grado di contribuire al rinnovo del sistema di salute mentale in Portogallo (Ornelas, 2002; Ornelas, Monteiro, Vargas-Moniz, Duarte, 2005). In particolare, sono stati utilizzati l'approccio contestuale e ecologico (Kelly, 2006; Levine, Perkins, & Perkins, 2005), il modello di recovery (Ahern & Fisher, 2001; Chamberlin, 1997; Deegan, 1988), la teoria dell'empowerment (Rappaport, 1981, 1984; Zimmerman, 2000) e l'approccio delle capacità (Nussbaum & Sen, 1993).

L'approccio contestuale ed ecologico

L'approccio contestuale ed ecologico (Kelly, 2006; Levine et al., 2005) nasce nell'ambito della psicologia di comunità come alternativa alle prospettive psicologiche che, trascurando le influenze culturali, storiche e contestuali sul funzionamento umano, si centrano sul solo individuo avulso dal suo contesto di riferimento. Al contrario, l'assioma centrale di questa prospettiva è l'interdipendenza tra gli individui e i loro ambienti di vita: questo significa che, se da un lato il focus è sul modo in cui i contesti influenzano gli individui e i gruppi attraverso le loro richieste, norme, valori, strutture e processi, dall'altro verte sulle strategie che gli individui e i gruppi utilizzano, nel corso del tempo, per adattarsi e trasformare gli ambienti in cui vivono. Questo approccio fornisce un quadro concettuale che sposta il focus dell'intervento dalla diagnosi e l'identificazione del deficit all'osservazione delle persone nei loro contesti quotidiani di vita. L'obiettivo di questa osservazione è acquisire una "conoscenza situata" (Kelly, 2006). Si intende per conoscenza situata "la conoscenza che deriva dall'analisi delle persone in merito a specifici luoghi, contesti e situazioni a cui partecipano" (Kelly, 2006, p. 189). Questa conoscenza è preziosa al fine di comprendere come le risorse presenti nelle comunità locali possono essere mobilitate e utilizzate per espandere le reti sociali delle persone con esperienza di malattia mentale, per facilitarle nei processi di riconquista di ruoli sociali significativi e per rafforzare la loro partecipazione alle comunità. Invece di creare contesti segreganti in cui le persone vivano, lavorino ed interagiscano, l'approccio contestuale ed ecologico promuove l'integrazione nelle comunità "naturali", ossia nei contesti comuni al resto dei cittadini. Il focus è l'integrazione comunitaria delle persone attraverso la loro presenza fisica nei contesti, un maggior accesso alle risorse della comunità e la partecipazione attiva in contesti sociali alternativi a quelli specificamente destinati a questo gruppo target (Aubrey & Myner, 1996; Segal & Aviram, 1978). Alcune ricerche hanno infatti dimostrato che strategie di intervento volte a promuovere un contatto diretto tra persone con e senza esperienza di malattia mentale sono più efficaci nel cambiare gli atteggiamenti sociali verso la malattia mentale rispetto alle campagne anti-discriminazione (Pettigrew & Tropp, 2000; Watson & Corrigan, 2005). Così, se i servizi di sostegno creano questa opportunità di contatto attraverso la partecipazione attiva delle persone con esperienza di malattia mentale nei contesti comunitari, saranno più efficaci nel compiere un'integrazione effettiva e di conseguenza nel promuovere un cambiamento culturale a livello locale. In definitiva, l'adozione di un approccio contestuale ed ecologico da parte dei servizi di salute mentale, mettendo a fuoco il processo di adattamento reciproco persona-ambiente, implica la trasformazione dei contesti sociali in fonti naturali e permanenti di sostegno in grado di favorire percorsi individuali di recovery dall'esperienza di malattia mentale.

Recovery

Il concetto di recovery (tradotto letteralmente dall'inglese recupero o riconquista) è emerso negli Stati Uniti nella decade degli anni ottanta grazie alle testimonianze delle persone con esperienza di malattia

mentale che evidenziavano le sfide affrontate e il loro processo di costruzione di un rinnovato senso di identità (Ahern & Fisher, 1999; Deegan, 1988). Non esiste ancora ad oggi una definizione universale della nozione di recovery, né dei suoi indicatori di misurazione, ma i concetti centrali su cui si basa sono quelli di speranza e di possibilità di una vita significativa e rinnovata. Il recovery è definito dalle persone che lo vivono come un processo, una sfida quotidiana, un percorso di riacquisizione di speranza, potenziamento personale, controllo sulle decisioni importanti della propria vita; il recovery enfatizza la partecipazione attiva delle persone nella comunità attraverso l'assunzione di ruoli sociali significativi (Chamberlin, 2006; Deegan, 1988; Fisher, 2006; Leete, 1989; Mead & Copeland, 2000). Nonostante il recovery sia stato definito come un percorso prettamente personale (Anthony, 1993), non si può considerare un processo individuale (Ornelas, Vargas-Moniz, & Duarte, 2010), in quanto è facilitato dalla convivenza sociale nei contesti comunitari (Ornelas et al., 2010). Questo processo di trasformazione personale non deve essere infatti decontestualizzato da un'analisi macro dei contesti di vita degli individui, che includa la dimensione sociale e politica e il suo impatto sui singoli. In quest'ottica il concetto di recovery incorpora l'assioma di base della prospettiva ecologica, che sostiene l'interdipendenza degli individui e dei loro ambienti, stabilendo un ponte tra cambiamento individuale e sociale.

Il paradigma di recovery nasce in contrapposizione ai servizi di salute mentale tradizionali che si focalizzavano sull'identificazione e riduzione dei sintomi, mantenendo le persone segregate in contesti artificiali. Negli ultimi 15 anni, il recovery è divenuto un modello teorico di riferimento utilizzato sia per orientare l'intervento dei servizi di salute mentale, sia per definire i piani di azione per la salute mentale nel campo delle politiche pubbliche internazionali (si veda ad esempio il Piano di Azione italiano 2010-2012 e il *Plano de Acção* portoghese 2007-2016). Gli attuali servizi di riabilitazione, nonostante sorgano come risposta territoriale alternativa alle istituzioni, riproducono in molti aspetti il loro *modus operandi* (Nelson, Lord, & Ochocka, 2001; Ornelas, 2008; Rappaport, 1981), mettendo nuovamente in atto politiche di segregazione e impedendo alle persone che affrontano le difficoltà legate alla malattia mentale l'accesso ai sistemi di supporto naturali e la partecipazione attiva nella comunità (Ornelas, 2008). Il compito dei servizi orientati al recovery riguarda dunque la rimozione delle barriere sociali che portano all'esclusione delle persone con esperienza di malattia mentale sia dall'accesso ai diritti fondamentali e alle opportunità di auto-determinazione sia dai benefici derivanti da un pieno esercizio della cittadinanza (Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli, & Evans, 2005; Jacobson, 2004). Un servizio orientato al recovery enfatizza il potere decisionale e l'azione autonoma dei pazienti/utenti, che diventano in quest'ottica partecipanti, e mette a loro disposizione una varietà di opzioni ed informazioni che permettano di compiere scelte competenti e responsabili in collaborazione con le loro fonti di supporto, tra cui la famiglia e i professionisti (Anthony, 1993; Chamberlin, 1990; Deegan, 1988, 1992, 1999; Jacobson, 2001; Jacobson & Greenley, 2001).

In una ricerca svolta con le persone con esperienza di malattia mentale che utilizzano i servizi dell'AEIPS, i partecipanti hanno dichiarato che il recovery non si verifica in modo spontaneo, bensì richiede coraggio da parte dell'individuo per affrontare le difficoltà e supporto da parte del contesto di riferimento (Duarte & Ornelas, 2008; Monteiro & Matias, 2007). I partecipanti alla ricerca hanno inoltre affermato che l'impiego, le attività scolastiche e formative, la partecipazione in gruppi di mutuo aiuto e di *advocacy*, promuovono un senso di realizzazione personale e la consapevolezza di contribuire alla crescita della propria comunità. Queste dimensioni sono state quindi identificate come elementi chiave per lo sviluppo di processi di recovery.

Empowerment

Un altro contributo centrale al modello di intervento sviluppato dall'AEIPS ha origine nella teoria dell'*empowerment*. Nell'ambito della psicologia di comunità l'*empowerment* è stato definito come il processo attraverso cui gli individui acquisiscono padronanza sulle proprie vite (Rappaport, 1984, 1987; Zimmerman, 2000), e partecipano attivamente a cambiare i loro ambienti sociali e politici di

riferimento nell'ottica di incrementare l'equità e qualità di vita (Minkler & Wallerstein, 2005). Secondo Ahern e Fisher (1999) l'empowerment e il recovery sono due processi interdipendenti, in quanto entrambi mirano al rafforzamento individuale attraverso l'aumento del controllo della persona su questioni importanti della sua vita, una maggiore partecipazione comunitaria, l'acquisizione o riacquisizione di ruoli sociali e relazionali significativi. La teoria dell'empowerment applicata al contesto organizzativo dei servizi di salute mentale, consente di mettere in luce un altro fattore fondamentale, ovvero la necessità di promuovere il coinvolgimento e la collaborazione delle persone nella pianificazione, implementazione e valutazione dei servizi da loro utilizzati. Questa partecipazione, a livello organizzativo, implica lo sviluppo di un approccio collaborativo tra professionisti e partecipanti. Sia Kelly (2003) che Espino e Trickett (2008) sostengono che questa relazione collaborativa debba fondarsi su due valori chiave: il coinvolgimento (*commitment*) e la reciprocità (*reciprocity*). In questo senso la collaborazione si basa su una definizione di obiettivi comuni, una relazione di parità e orizzontalità tra i vari attori coinvolti e la condivisione delle risorse disponibili, del potere decisionale e della responsabilità, aumentando il mutuo apprendimento (Friend & Cook, 1990; Ochocka, Janzen, & Nelson, 2002). La teoria dell'empowerment si è rilevata cruciale al fine di incrementare l'influenza dei partecipanti sulle politiche organizzative, sia in termini di programmazione, gestione e valutazione dei servizi, che nei termini dello sviluppo di iniziative di supporto tra pari quali attività di mutuo aiuto, raduni ed incontri nazionali di sole persone con esperienza di malattia mentale (Ornelas et al., 2010).

L'approccio delle capacità

Un ulteriore contributo teorico coerente con l'orientamento all'*empowerment* e al *recovery* e con la prospettiva contestuale ed ecologica, è l'approccio delle capacità. Il *capabilities approach*, introdotto dall'economista indiano Amartya Sen (1985), Premio Nobel per l'economia nel 1998, si basa sui principi di giustizia sociale ed uguaglianza e rappresenta un modello alternativo nell'ambito degli studi economici per lo sviluppo. Lavorando alla preparazione dei Rapporti sullo Sviluppo Umano del Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite (United Nations Development Programme, 1990), Sen ha contribuito a definire degli indicatori per valutare la qualità di vita degli individui in diversi contesti. Successivamente, questo approccio è stato sviluppato dalla filosofa politica Martha Nussbaum (2000, 2003) che, dopo anni di studi internazionali sul fenomeno della povertà e sulla giustizia sociale, ha elaborato un elenco di dieci capacità centrali per tutta la vita umana, con l'obiettivo di fornire un quadro di riferimento, con dimensioni concrete per la definizione e misurazione della qualità della vita, che può essere adattato ad ogni contesto e cultura specifica (Nussbaum, 2011). Nell'ambito di questi studi, le capacità sono definite come libertà sostanziali (*substantive freedoms*), ovvero come le possibilità che gli individui hanno di realizzarsi ed avere una *degnà qualità di vita*, a fronte delle loro condizioni interne (intese nei termini di abilità e competenze individuali) ed esterne (intese come caratteristiche proprie del contesto socioculturale di riferimento) (Nussbaum & Sen, 1993). L'approccio delle capacità non si limita ad una identificazione delle risorse disponibili per ogni individuo, ma implica una riflessione su cosa ogni persona sia in grado di *fare ed essere* nel suo particolare contesto di vita, su quanto questa scelta (di fare ed essere) sia *libera* e su quanto la sua *dignità* in qualità di *essere umano* sia riconosciuta e valorizzata.

Nell'ambito della salute mentale è in corso un dibattito su come il quadro concettuale proposto da Sen e Nussbaum possa divenire uno strumento guida per la progettazione di servizi ed interventi orientati al recovery e all'integrazione comunitaria (Davidson, Ridgway, Wieland, & O'Connell, 2009; Hopper, 2007; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2007). L'adozione di un focus sulla libertà di scelta delle persona confluisce infatti con i valori portanti della teoria dell'empowerment, quali l'attribuzione di potere decisionale e capacità di controllo agli utilizzatori dei servizi (Rappaport, 1984). In quest'ottica le persone con esperienza di malattia mentale, invece di usufruire passivamente di programmi prestabiliti, devono in primo luogo avere la possibilità di scegliere quali attività

intendono svolgere e quali ruoli sociali desiderano ricoprire (Sen, 1999). Questa significativa inversione di priorità comporta un cambiamento trasformativo nel campo della salute mentale (Davidson et al., 2007): promuovere la capacità significa in primo luogo mettere al centro della propria prassi professionale la scelta delle persone, favorendo l'accesso ad una vasta gamma di attività e ruoli socialmente rilevanti (Hopper, 2007). Questo focus operativo è peraltro coerente con la mission di recovery. Nell'ottica proposta in questo articolo, il processo di recovery può infatti aver origine solo in ambienti naturali che offrano alle persone opportunità e risorse per svolgere attività significative (Davidson, Tondora, O'Connell, Kirk, Rockholz, & Evans, 2007; Onken, Dumont, Ridgway, Dornan, & Ralph, 2002). In questo senso, la lista di dimensioni di capacità elaborata da Nussbaum (2000) offre dei criteri concreti sia per analizzare le capacità dei singoli partecipanti sia per valutare l'orientamento al recovery dei servizi di salute mentale (O'Connell & Davidson, 2010; Ornelas, Aguiar, Sacchetto, & Jorge-Monteiro, 2012).

Tutti i contributi teorici sopra menzionati sono stati cruciali al fine di sviluppare una comprensione del potenziale sociale e politico della psicologia di comunità al fine di raggiungere processi concreti di cambiamento. Nelle prossime sezioni del presente articolo sarà illustrato come, sulla base del quadro concettuale presentato, l'organizzazione su base comunitaria AEIPS ha programmato, nel corso del tempo, i propri servizi in termini di supporto all'abitazione, educazione ed impiego. Sulla base delle riflessioni tratte da questa esperienza più che ventennale, saranno infine discusse le sfide che questo paradigma di intervento *trasformativo* pone ai professionisti e la sua capacità di influenzare lo sviluppo organizzativo dei servizi su base comunitaria e le politiche sociali nel campo della salute mentale in Portogallo.

L'AEIPS e il suo programma di intervento comunitario

Dopo l'esperienza di un primo ufficio situato nei locali del Municipio di Olivais, Lisboa, all'inizio degli anni '90 l'AEIPS ha creato un Centro Comunitario. Situato in una zona centrale di Lisbona, il Centro Comunitario ha permesso lo sviluppo di una rete diversificata di servizi. Adottando una visione orientata ai valori dell'inclusione sociale e della cittadinanza, il Centro Comunitario dell'AEIPS aveva -ed ha tuttora- l'obiettivo di sostenere quotidianamente le persone con esperienza di malattia mentale nei loro processi di recovery e nel perseguimento dei propri obiettivi personali (chiamati dai partecipanti "progetti") in termini di abitazione, educazione, formazione professionale, impiego, benessere fisico e attività di mutuo aiuto e advocacy. La creazione di questo Centro Comunitario e la sua evoluzione nel corso del tempo sono stati fondamentali nello sviluppo di un paradigma di intervento *trasformativo* in grado di tradurre a livello operativo principi e valori della psicologia di comunità, nello specifico dei contributi sopra descritti. Andremo adesso ad illustrare come l'AEIPS, attraverso il suo Centro Comunitario, ha organizzato i propri servizi, favorendo l'accesso dei suoi partecipanti alle risorse presenti nei contesti comunitari naturali.

I partecipanti dell'AEIPS

Dal 1987 ad oggi l'AEIPS ha offerto servizi ad oltre 850 persone (70% uomini e 30% donne) di età compresa tra i 18 e i 60 anni. La vasta maggioranza di queste persone è stata diagnosticata affetta da schizofrenia (circa 70%), ma anche da disturbo bipolare o da altri disturbi psicotici (circa 30%). Vari partecipanti, oltre ad una esperienza di malattia mentale, hanno una storia di abuso di droghe e/o alcool (10%). La maggioranza (80%) è stata previamente soggetta a trattamento psichiatrico ospedaliero. I partecipanti dell'AEIPS hanno quasi tutti una lunga storia di inoccupazione, mancanza di esperienza a livello professionale, basso livello di istruzione (ad eccezione di alcuni partecipanti laureati) sia pure molto varia a seconda dell'età di insorgenza dei problemi riportati. La maggioranza

dei partecipanti riceve un sussidio sociale di qualche tipo (pensioni sociali, pensione di invalidità, reddito minimo per l'inserimento sociale), ma questo non gli permette di sopravvivere autonomamente. Molti vivono con le loro famiglie e, a causa delle loro difficoltà finanziarie, non hanno a disposizione alternative in termini di abitazione. Nella storia dell'AEIPS, le famiglie dei partecipanti sono state la maggior fonte di sostegno sociale e politico all'organizzazione, sia in qualità membri del consiglio direttivo, che come sostenitori a livello politico di un sistema di supporto su base comunitaria per i loro familiari.

Educazione ed Impiego

Nel corso della sua evoluzione, l'AEIPS ha sempre ancorato la programmazione e implementazione dei suoi servizi alle evidenze scientifiche man mano emergenti nell'area della salute mentale comunitaria, con l'obiettivo ultimo di integrare, in modo efficace, le persone con esperienza di malattia mentale nelle comunità locali. In tal senso, l'impiego e l'educazione sono considerate due dimensioni di vita cruciali per favorire il processo di recovery e di integrazione nella comunità delle persone con esperienza di malattia mentale (Duarte & Ornelas, 2008; Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008). Una ricerca svolta da Burke-Miller (2006) ha evidenziato come i percorsi formativi delle persone con esperienza di malattia mentale sono spesso interrotti a causa della crisi dovuta all'insorgenza/aggravamento della malattia e che la possibilità di riprenderli, aumentando il proprio livello di istruzione, facilita l'ottenimento di un impiego coerente con gli interessi personali. Altri studi hanno altresì dimostrato che l'opportunità di lavorare e sviluppare una carriera ha una influenza positiva in termini di empowerment, indipendenza economica e riconoscimento di un ruolo sociale significativo (Bond et al., 2001; Provencher, Gregg, Mead, & Mueser, 2002). Sulla base di queste evidenze, l'associazione AEIPS ha, fin dalle sue origini, una tradizione di intervento prioritario in questi due ambiti, attraverso i suoi servizi di supporto all'educazione (*educação apoiada*) e supporto all'impiego (*emprego apoiado*). Questi servizi si ispirano ai valori dell'approccio contestuale ed ecologico, ricorrendo quindi solo a risorse e contesti naturali esistenti nella comunità ed accessibili a tutta la popolazione. L'assunzione di questo orientamento è l'elemento innovativo di questo modello di intervento che si contrappone ai programmi tradizionali basati su corsi di formazione e laboratori professionali, che, invece di puntare sull'utilizzo dei contesti naturali, mirano a ricreare ambienti protetti, artificiali e segregativi (Ornelas, Duarte, & Monteiro, *in press*). Secondo Repper e Perkins (2003), alla base del modello separatista di intervento c'è la credenza che le persone con malattia mentale non saranno mai in grado di studiare nelle scuole regolari e di lavorare nel mercato generale, dove per regolari/generale si intende disponibili al resto della popolazione senza esperienza di malattia mentale. Un'altra idea alla base di questi modelli, si rifà al concetto di *readiness*, secondo il quale le persone con problematiche/difficoltà devono essere formate in ambienti protetti per acquisire le competenze necessarie ad essere successivamente inserite in contesti reali di educazione e/o di lavoro (Ornelas, Duarte, & Monteiro, *in press*). Generalmente però il tempo dedicato a questa formazione "protetta" non è un periodo proficuo nella vita delle persone. Ad esempio, uno studio condotto da Bond, Dietzen, Megrew e Miller (1995) ha evidenziato la non efficacia del processo "transitorio" di formazione al fine di preparare alla vita lavorativa: le competenze acquisite dai partecipanti non erano infatti quelle necessarie nei contesti reali di lavoro. Altre ricerche hanno inoltre dimostrato che il successo scolastico e lavorativo non è influenzato dal disturbo psichico e dai relativi sintomi, bensì dai servizi di supporto disponibili (Becker & Drake, 1993; Unger, Pardee, & Shafer, 2000). Infine la dimensione della scelta -così come sottolineato dall'approccio delle capacità- del proprio percorso lavorativo ed educativo è un passaggio centrale: quando le preferenze ed ambizioni dei partecipanti sono ascoltate, l'adattamento al contesto e il successo lavorativo risultano maggiori (Mank, 2000; Mueser, Becker, & Wolfe, 2001). L'intervento dei professionisti consiste nel facilitare lo sviluppo dei percorsi scolastici e/o lavorativi scelti in congiunto con i partecipanti stessi. Questa facilitazione, il cui fine ultimo è appunto quello di promuovere l'integrazione effettiva della persona, viene realizzata

attraverso una negoziazione diretta con gli attori presenti nell'ambito dei vari contesti comunitari locali. È dunque proprio nella costante ricerca di coalizioni ed alleanze all'interno delle comunità locali, al fine di poter rispondere agli interessi specifici dei partecipanti, che risiede la principale sfida di questo modello di intervento. Descriveremo di seguito i servizi di supporto che l'AEIPS promuove per entrambe le aree di intervento.

Supporto all'educazione

I servizi di sostegno nell'area dell'educazione sono disegnati a seconda degli interessi e i bisogni dei singoli partecipanti. Alcuni esempi concreti sono il supporto nel processo di candidatura e/o di iscrizione a corsi formativi (scolastici, universitari, professionali), la scoperta e utilizzo delle risorse disponibili all'interno delle varie strutture (quali ad esempio sale di informatica, biblioteche, mense, etc...), l'ottenimento di informazioni riguardanti possibili borse e sussidi. Ulteriore sostegno può essere fornito anche dopo l'avvenuta integrazione del partecipante nel contesto formativo: ad esempio può essere costruita una relazione collaborativa con gli insegnanti/professori/formatori al fine di facilitare l'integrazione del partecipante e il suo successo nel percorso intrapreso. Fuori dal contesto formativo, il programma di supporto all'educazione dell'AEIPS aiuta il partecipante ad organizzare i suoi studi, fornisce risorse tecniche quali sala di studio, computer, e internet, promuove una dimensione di mutuo aiuto tra i partecipanti-formandi che si ritrovano in gruppo per svolgere eventuali compiti e preparare gli esami.

Dall'anno 2000 hanno beneficiato del servizio di *supporto all'educazione* circa 350 persone con esperienza di malattia mentale. Di queste, 250 hanno partecipato a programmi di formazione continua quali corsi di informatica e corsi di lingua, mentre le restanti 100 sono state integrate in progetti educativi in scuole secondarie (ad esempio: a *Escola Secundária Eça de Queiroz*; a *Escola Secundária Marquês de Pombal*; a *Escola Secundária de Camões*) e in università (ad esempio: a *Faculdade das Ciências Sociais e Humanas, Área de Geografia e Planeamento Regional, da Universidade Nova de Lisboa*; a *Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa*).

Supporto all'impiego

I servizi di sostegno nell'area dell'impiego, per una questione di scelta epistemologica, non prevedono una attività di formazione previa volta all'acquisizione di competenze professionali, bensì mirano all'attivazione di esperienze di tirocinio lavorativo. L'idea è infatti che le competenze professionali possono essere acquisite direttamente all'interno dei contesti lavorativi naturali attraverso periodi di inserimento, interazione e convivenza quotidiana con datori e colleghi di lavoro. Per favorire il raggiungimento dell'obiettivo di inserimento diretto nel contesto lavorativo, nel 1991, l'AEIPS ha ottenuto che l'Istituto Nazionale per il Lavoro e la Formazione Professionale (IEFP) sostenesse il suo servizio di supporto all'impiego, finanziando borse destinate a persone con esperienza di malattia mentale che desiderassero effettuare tirocini lavorativi. Nonostante l'IEFP avesse già finanziato progetti rivolti a persone con disabilità, questo sviluppo è stato significativo, essendo la prima volta che l'ente estendeva il suo sostegno a persone con esperienza di malattia mentale. Questo finanziamento ha dunque permesso -e continua a permettere- ai partecipanti di ricevere una borsa di lavoro e di svolgere un periodo formativo in un contesto lavorativo reale, il che rappresenta una opportunità per formarsi ad una professione specifica e dimostrare le proprie competenze al fine di una eventuale assunzione successiva al tirocinio. L'intervento dell'AEIPS si focalizza dunque sulla ricerca -fatta in collaborazione con il partecipante- di un contesto lavorativo adeguato agli interessi, alle aspettative e alle competenze/potenzialità delle persone. La varietà degli interessi dei partecipanti e degli ambienti di lavoro in cui questi vengono integrati rafforza l'idea che una preparazione *a priori* non è efficace, in quanto solo l'incontro con la specifica realtà lavorativa potrà insegnare al

partecipante le competenze necessarie per il mantenimento del suo impiego. Inoltre lo sviluppo di relazioni interpersonali significative con i colleghi di lavoro e il supporto che questi ultimi possono fornire aiutano la persona a meglio adattarsi alla cultura organizzativa, influenzando anche sul suo successo lavorativo e sulla soddisfazione personale (Rollins, Bond, Jones, Kukla, & Collins, 2011). La ricerca del contesto lavorativo viene sempre svolta dall'equipe dell'AEIPS in collaborazione con i partecipanti: il professionista sostiene la persona sia per quanto riguarda la raccolta di informazioni su opportunità lavorative che le possano interessare, che per quanto concerne l'elaborazione del *curriculum vitae* e la presa di contatto con l'ente. Quest'ultima attività viene perlopiù effettuata dal partecipante stesso attraverso l'invio di una e-mail di presentazione (allegando il curriculum) e candidatura ad un tirocinio lavorativo. A questa e-mail segue generalmente un contatto telefonico con l'obiettivo di concordare un primo colloquio conoscitivo. Al fine di preparare il partecipante al momento del colloquio, viene sviluppata all'interno del centro comunitario una dinamica di role playing di gruppo in cui i partecipanti simulano la situazione interpretando i vari ruoli e facendosi domande a vicenda. Quando il partecipante inizia lo stage, l'AEIPS costruisce una relazione di collaborazione con l'impresa, realizzando riunioni mensili (o più di una al mese quando necessario) alla presenza di un professionista dell'associazione, del datore di lavoro e del partecipante. L'obiettivo di queste riunioni è riflettere criticamente sull'andamento dell'esperienza, sui suoi punti di forza e di debolezza e sui possibili miglioramenti. Nei momenti di incontro e negoziazione con le imprese, i professionisti dell'AEIPS cercano di sensibilizzare il contesto lavorativo e di fare un lavoro di advocacy a favore delle persone con esperienza di malattia mentale. In questo senso, viene sempre utilizzato un linguaggio di empowerment, volto a mettere a fuoco le potenzialità dei vari partecipanti. Infine, per assicurare un supporto emotivo a tutti i partecipanti al programma, vengono organizzate settimanalmente delle riunioni di gruppo (in orario post-lavorativo) con l'obiettivo di discutere le attività lavorative svolte durante la settimana, identificare le difficoltà riscontrate e le strategie di risoluzione che potrebbero favorirne il superamento e promuovere lo sviluppo della carriera professionale.

Il *supporto all'impiego* è stato avviato nel 1990 e negli ultimi dieci anni ha fornito servizi di orientamento al lavoro inserimento lavorativo ad una media di 40 persone con esperienza di malattia mentale all'anno, per un totale di circa 960 persone ad oggi. Alcune delle imprese che hanno assunto i partecipanti successivamente al periodo di tirocinio lavorativo sono: Xerox, Microsoft, Toyota, Siemens, FNAC, Mariounnaud, MAPFRE assicurazioni, General Electric, AUCHAN.

Abitazione

Prendendo ispirazione dal movimento per la salute mentale comunitaria, nel 1989 l'AEIPS ha aperto la prima residenza comunitaria che ha accolto quattro persone provenienti dall'ospedale psichiatrico Julio de Matos, uno dei più grandi ospedali psichiatrici del Portogallo; tre uomini e una donna, con una lunga storia di istituzionalizzazione, mai dimessi per mancanza di adeguati supporti sociali. La residenza consisteva in una casa, uguale ad altre presenti nel quartiere e abitate da famiglie locali, situata in un quartiere residenziale della città di Lisbona, Olivais, in una zona facilmente accessibile e vicino a varie risorse della comunità. La creazione di questa residenza comunitaria implicò una svolta significativa a livello delle politiche di salute mentale in Portogallo. Anzitutto fu cruciale al fine di dimostrare che la de-istituzionalizzazione poteva funzionare e che le persone erano in grado di far ritorno alle loro comunità naturali. Essendo la prima residenza comunitaria creata in Portogallo, la residenza di Olivais sollevò grande interesse e attenzione da parte di rappresentanti politici e professionisti nell'area della salute mentale. Negli anni seguenti furono aperte, sempre nella città di Lisbona, rispettivamente nel Municipio di Encarnação e Portela, altre due residenze comunitarie. Queste residenze, ciascuna ospitante un gruppo ristretto di persone, intendevano rappresentare delle alternative abitative per persone con esperienza di malattia mentale prive di supporto familiare e sociale. La permanenza nella residenza non aveva una durata pre-definita, potendo essere anche

illimitata. I principi su cui le tre residenze si basavano erano fondamentalmente: il coinvolgimento attivo dei membri nel funzionamento dell'unità residenziale e nella presa di decisioni con lo staff e la promozione dell'utilizzo delle risorse naturali presenti nella comunità (ad esempio servizi di sociali e di salute, infrastrutture sportive, etc...). L'efficacia di questo modello di intervento è stata verificata da uno studio svolto da Oliveira, Duarte e Amaro (2007) che ha evidenziato come i membri delle residenze riferissero un elevato senso di comunità e considerassero il vivere in un contesto comunitario come un fattore cruciale per lo sviluppo del loro processo di recovery personale e senso di indipendenza. I residenti evidenziarono altresì l'importanza del supporto tra pari, della routine quotidiana con responsabilità concrete, della possibilità di utilizzare le risorse naturali della comunità per attività sportive, culturali e ricreative, dell'opportunità infine di interagire con altre persone nel quartiere e stringere nuove amicizie. Nonostante questi dati, ricerche svolte più recentemente hanno rivelato che il 75% delle persone che vivono nelle tre residenze create dall'AEIPS desidererebbero vivere in modo più indipendente (Candeias & Jorge-Monteiro, 2007), avere la propria casa e mantenere una situazione abitativa stabile (Duarte & Ornelas, 2008). La privacy e l'autonomia sono i due motivi principali che determinano questa preferenza. I risultati sono coerenti con altri studi svolti a livello internazionale che hanno evidenziato sia che le persone con esperienza di malattia mentale preferiscono abitazioni indipendenti con un servizio di supporto flessibile (Massey & Wu, 1993), sia che vivere in modo indipendente contribuisce al recovery e al benessere (Ridgway, 2001). Vivere in modo indipendente, scegliere la propria casa, avere controllo su di essa e sui servizi di sostegno che si ricevono sono risultate dimensioni associate alla stabilità abitativa, soddisfazione, qualità di vita e benessere (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel, & Tsemberis, 2005; Nelson, Sylvestre, Aubry, George, & Trainor, 2007; Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004). Recenti ricerche hanno infine dimostrato che la promozione di soluzioni abitative individualizzate tende ad aumentare i livelli di partecipazione sociale dei partecipanti nell'ambito dei loro quartieri e il senso di comunità (Yanos, Felton, Tsemberis, & Frye, 2007).

Basandosi su questi risultati significativi, l'AEIPS ha recentemente iniziato ad organizzare i suoi servizi in termini di supporto abitativo individualizzato e flessibile, con l'obiettivo di sostenere le persone con esperienza di malattia mentale che vivono in modo indipendente nelle proprie case (Carling, 1995). Un esempio innovativo in questo senso è il programma *Housing First Portugal*. Creato nel 2009 con il sostegno dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale, questo programma ha adottato l'approccio *Housing First* proposto da Tsemberis e collaboratori (2004). Il programma è rivolto a persone senza dimora con esperienza di malattia mentale ed ha l'obiettivo di fornire accesso immediato ad una casa permanente e indipendente, affittata da privati e situata in zone centrali della città di Lisbona. Le case sono sparse nella città, in modo che i diversi partecipanti non si trovino a vivere nella stessa strada o nello stesso palazzo. Gli appartamenti sono individualizzati (generalmente monocali) con affitti compresi tra i 300 e i 350 euro al mese. I partecipanti, se lo desiderano, possono condividere la loro casa con altre persone (ad es. il/la partner o altri familiari). Il programma copre l'affitto della casa e le spese per i consumi (ad es. acqua, luce, gas), mentre il partecipante contribuisce all'affitto con il 30% del suo reddito mensile (se il reddito è zero anche il contributo equivale a zero). Ad oggi il programma *Housing First Portugal* ha fornito una soluzione abitativa a 74 persone. I partecipanti hanno dichiarato che la conquista di un posto dove vivere è il motivo principale per partecipare al programma. Comparandolo con altre risposte sociali (ad es. gli ostelli o i centri temporanei di accoglienza), i partecipanti hanno dichiarato che ciò che funziona nel programma è il fatto di offrire l'accesso ad una casa che non deve essere condivisa con nessuno, a meno che non siano loro a desiderarlo (Ornelas, Duarte, Almas, & Madeira, 2010). L'equipe sostiene i partecipanti nel processo di passaggio dalla vita in strada ad una casa e nella gestione quotidiana della casa stessa. I professionisti si occupano inoltre di fornire supporto per quanto riguarda la regolarizzazione della documentazione, l'accesso ai servizi sociali e di salute e l'utilizzo delle varie risorse presenti nella comunità. Il supporto, continuativo e a lungo termine, è fornito sia nel contesto abitativo, attraverso visite domiciliari settimanali (una media di sei visite al mese per partecipante), sia nel contesto della comunità. I partecipanti di *Housing First Portugal* possono anche accedere al Centro Comunitario,

usufruendo degli altri servizi (ad es. supporto all'educazione e all'impiego) che l'AEIPS promuove. Favorire la costruzione di relazioni e rete sociali nell'ambito del quartiere sono obiettivi centrali del programma al fine di promuovere il senso di appartenenza e la partecipazione comunitaria dei partecipanti. Una volta al mese, nel Centro Comunitario, hanno luogo incontri tra tutti i partecipanti e tutti i professionisti. L'obiettivo di questi incontri è monitorare lo sviluppo del programma realizzando una valutazione in itinere in un'ottica collaborativa. Questi incontri si sono inoltre spesso trasformati in contesti di condivisione e cameratismo. I risultati della ricerca svolta sull'implementazione del programma *Housing First Portugal* durante gli anni 2009-2013 ne hanno rivelato l'efficacia, mostrando che attraverso l'erogazione di un supporto individualizzato che si adatta ai bisogni specifici di ogni persona, circa l'80% dei partecipanti è riuscito a mantenere una situazione abitativa stabile (Busch-Geertsema, 2013). Questo dato risulta coerente con i risultati del programma *Housing First*, implementato nella città di New York, che hanno indicato come, adottando questa strategia di intervento, tra l'85% e il 90% delle persone mantengono una situazione abitativa stabile (Tsemberis et al., 2004). I partecipanti di *Housing First Portugal* hanno riferito inoltre di essere molto soddisfatti della loro casa e del supporto ricevuto dal programma. Questi hanno altresì evidenziato miglioramenti significativi a livello della loro sicurezza personale, alimentazione, qualità del sonno, salute mentale e fisica, nonché una visione più positiva per il loro futuro. Anche coloro i quali non assumono alcun tipo di farmaci hanno fatto riscontrare un miglioramento nel loro stato di salute mentale, dovuto al fatto di avere una casa dove possono rilassarsi/riposarsi e sentirsi sicuri. I dati della ricerca di valutazione indicano infine una diminuzione nell'uso di droga e alcool e una riduzione drastica dei ricoveri ospedalieri e dei ricoveri di emergenza nei pronto soccorsi (Ornelas, 2013). I risultati dell'implementazione del programma *Housing First Portugal* documentano dunque l'efficacia, in termini di costi-benefici, di questo innovativo approccio rispetto ad altre risposte sociali, temporanee o parziali, che esistono in questa area, quali ad esempio la sistemazione in centri di accoglienza/ostelli. In qualità di approccio innovativo a livello nazionale, il programma *Housing First Portugal* ha ricevuto vari riconoscimenti a livello politico. Nel 2011, per il suo lavoro di progettazione, implementazione e mantenimento del programma *Housing First Portugal*, l'AEIPS ha ricevuto il Premio Gulbenkian, un importante premio nazionale per l'innovazione sociale. Dato il crescente interesse e riconoscimento del programma anche a livello internazionale, nel 2014 è stato attribuito al suo promotore il Premio Solidarietà Sociale da parte della Fondazione Mediterraneo (Napoli, Italia). Inoltre, tra le varie partnership a livello internazionale l'AEIPS si sta attualmente occupando di supervisionare l'implementazione del progetto pilota *Housing First Italia* (coordinato dalla FIOPSD-Federazione Italiana degli Organismi per le Persone Senza Dimora).

Conclusioni

Dalla sua nascita, l'AEIPS ha utilizzato i principi e contributi della psicologia di comunità per perseguire la sua mission di promuovere l'integrazione comunitaria e il recovery delle persone con esperienza di malattia mentale. Nel corso della loro attuazione, queste convinzioni hanno permesso lo sviluppo di un processo di cambiamento trasformativo dell'organizzazione e dei suoi servizi, contribuendo altresì ad un più ampio cambiamento sociale rispetto al modo in cui i problemi di salute mentale sono affrontati in Portogallo.

Dal punto di vista della sua evoluzione, l'AEIPS ha sempre più mirato all'indipendenza dei suoi partecipanti dai servizi prestati e alla difesa dei loro diritti in quanto cittadini attivi, offrendo un sistema di sostegno su base comunitaria funzionante come connessione con il mondo esterno. In questo senso l'AEIPS si è costituita nel corso del tempo come uno spazio in cui cercare di costruire, laddove non esistono, o promuovere, laddove si ritengono insoddisfacenti, legami significativi con le comunità di appartenenza. Indicativo a questo proposito è il processo trasformativo avvenuto a livello del paradigma di supporto abitativo, che ha visto il passaggio da un modello di intervento basato su unità residenziali, ad un modello di intervento individualizzato centrato sull'idea di case individuali,

indipendenti, permanenti e disperse nella comunità (modello *housing first*). Questo processo graduale di cambiamento ha implicato delle sfide per i professionisti coinvolti. Anzitutto l'AEIPS, in linea con i contributi della teoria dell'empowerment e dell'approccio delle capacità, ha mirato a trasformare la tradizionale relazione professionisti-pazienti in una relazione professionisti-partecipanti fondata sulla mutua collaborazione. La relazione collaborativa implica la rinuncia dei professionisti alla posizione di esperti, detentori unici della conoscenza e del potere di decisione/azione, al fine di condividere questo potere con i partecipanti, esperti delle proprie vite e protagonisti dei propri percorsi di recovery. Questo processo di rinuncia non è lineare e elicitava frequentemente resistenze da parte dei professionisti (Nelson et al., 2001). Per costruire una relazione che veda le persone quali co-protagoniste del processo di intervento, i professionisti necessitano di essere formati a trasformarsi da esperti a collaboratori, aperti alle opportunità di apprendimento mutuo derivanti dalla relazione con i partecipanti e alla possibilità di rivestire nuovi ruoli, quali quello del facilitatore e dell'*advocate* (Ochocka et al., 2002). In quest'ottica il potere diventa un potere condiviso e trasformativo in grado di promuovere cambiamenti a vari livelli (individuale, relazionale, organizzativo, sociale e politico). Ricerche svolte a livello internazionale sulla collaborazione tra partecipanti e professionisti (Constantino & Nelson, 1995; Lotery & Jacobs, 1994; Stewart, Banks, Crossman, & Poel, 1994) hanno indicato cinque fattori chiave per lo sviluppo di una collaborazione efficace: a) la costruzione di relazioni di fiducia attraverso l'adozione di pratiche organizzative a carattere collaborativo; b) l'identificazione di obiettivi comuni; c) la flessibilità di atteggiamenti dinanzi a valori e approcci differenti; d) lo sviluppo di una riflessione condivisa e continua; e) la condivisione di responsabilità. Sulla base di queste evidenze, al fine di creare opportunità affinché i partecipanti fossero coinvolti nel processo di sviluppo organizzativo, divenendo altresì agenti attivi di programmi di advocacy e mutuo aiuto, nel 2004 l'AEIPS ha creato il CEAM, Centro di Empowerment e Mutuo Aiuto (*Centro de Empowerment e Ajuda Mútua*), gestito da soli partecipanti senza l'intervento di professionisti. In linea con le definizioni concettuali di empowerment organizzativo (Maton, 2008; Zimmerman, 2000), il CEAM aveva l'obiettivo di consentire ai partecipanti lo sviluppo di consapevolezza critica e autodeterminazione, influenza sulle politiche organizzative, azioni collettive di advocacy. All'interno dell'AEIPS, il CEAM è stato sempre parte attiva nei processi collaborativi di valutazione dei servizi, contribuendo all'elaborazione dei modelli logici per i programmi esistenti (Ornelas et al., 2010). Per quanto riguarda il più ampio piano delle politiche di salute mentale, il contributo dell'AEIPS è stato decisivo per lo sviluppo in Portogallo di un sistema di servizi su base comunitaria e una adeguata legislazione che lo regoli. Oltre a partecipare alla formulazione della Legge del '98, nel 2006 l'AEIPS ha preso parte alla Commissione Nazionale per la Riforma dei Servizi di Salute Mentale, influenzando in modo trasformativo il Piano Nazionale 2007-2016 da questa elaborato. Questo processo trasformativo ha avuto come base il coinvolgimento delle persone con esperienza di malattia mentale. In tal senso, il CEAM ha promosso la creazione di una Rete Nazionale di Persone con Esperienza di Malattia Mentale (*Rede Nacional de Pessoas com Experiência de Doença Mental*) che ha prodotto un documento su "Diritti e Necessità delle Persone con Esperienza di Malattia Mentale"⁷, integrato nella versione finale del Piano. Questo documento ha enfatizzato il concetto di recovery e il diritto alle pari opportunità e alla cittadinanza.

Concludendo, questa esperienza più che ventennale ha permesso lo sviluppo di alcune riflessioni, linee guida di lavoro per il futuro. La prima considerazione riguarda la necessità che i sistemi di salute mentale su base comunitaria, i quali intendono adottare paradigmi di intervento trasformativi, assumano come principio guida l'idea che tutte le persone con esperienza di malattia mentale hanno il diritto di vivere nelle loro comunità. Nel corso degli anni il lavoro dell'AEIPS ha infatti dimostrato come l'integrazione comunitaria, orientata dal valore di una piena cittadinanza di tutte le persone, sia possibile e renda effettivo il processo di de-istituzionalizzazione. La seconda considerazione ha a che vedere con l'evidenza che la collaborazione dei partecipanti è un aspetto essenziale al fine di

⁷ <http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/inter pares2.pdf>

sviluppare processi di cambiamento organizzativo che implicino una maggior efficacia in termini di intervento. In quest'ottica, i partecipanti dovrebbero essere parte integrante dei consigli direttivi e collaborare nella progettazione, implementazione e valutazione dei servizi. Questo aspetto è, a nostro avviso, il punto cruciale di una visione trasformativa dei servizi di salute mentale. La terza considerazione è che i programmi di salute mentale dovrebbero assumere un orientamento comunitario. L'esperienza maturata dall'AEIPS nel corso degli anni ha infatti dimostrato come non sia sufficiente che i programmi/servizi promuovano le competenze individuali o rispondano ai singoli problemi dei partecipanti. L'approccio contestuale ed ecologico orientato al recovery e all'integrazione comunitaria è una efficace linea guida in questo senso. In quest'ottica l'integrazione nella comunità è facilitata dalla promozione di servizi individualizzati di supporto all'abitazione, all'educazione e all'impiego, così come di altre attività, aventi luogo sempre all'interno dei contesti naturali, che favoriscano il recovery e l'empowerment. Infine, i professionisti devono rinunciare alla posizione di esperti e assumere le sfide implicite nell'assunzione del ruolo di facilitatori e *advocates* per l'integrazione, intervenendo nell'ottica di rafforzare le reti naturali di supporto dei partecipanti e di promuovere la costruzione di nuovi legami con altri membri della comunità. In qualità di agenti di cambiamento sociale i professionisti hanno la responsabilità di lavorare all'interno dei contesti comunitari adottando un'attitudine collaborativa nei confronti dei diversi attori presenti (inclusi gli altri agenti promotori/erogatori di servizi). Il fine ultimo è la creazione di ambienti inclusivi che rispettino e valorizzino la diversità e che promuovano integrazione, recovery e empowerment. Infine, ci teniamo a specificare che il modello di intervento proposto in questo articolo non è solo un prodotto ideologico, bensì il risultato di un percorso di costruzione, né semplice né lineare, avvenuto nel corso di questi 27 anni. Un percorso che, prendendo spunto dai principi e valori che abbiamo illustrato, si è anzitutto fondato su una continua negoziazione a più livelli, ovvero con i partecipanti e le loro famiglie, con i professionisti del sistema di salute mentale, con i membri delle comunità locali, con le autorità pubbliche. Promuovere una trasformazione del sistema è una sfida complessa che spesso si scontra con varie resistenze al cambiamento. Queste resistenze, nella storia dell'AEIPS, si sono verificate su più fronti: da parte dei partecipanti, spesso abituati ad essere ridotti ad una posizione di passività; da parte dei professionisti, abituati a rivestire il ruolo di esperti; da parte delle comunità, talvolta chiuse alla diversità e stigmatizzanti; da parte degli attori politici, spesso più orientati al mantenimento dello *status quo* che al cambiamento e all'innovazione. La grande sfida per l'AEIPS è stata quella di riuscire a creare uno spazio di comunicazione, confronto e riflessione con l'obiettivo ultimo di costruire una visione comune per la convivenza sociale che riconosca il diritto di integrazione effettiva alle persone con esperienza di malattia mentale.

Bibliografia

- Ahern, L., & Fischer, D. (1999). *Personal Assistance in Community Existence: Recovery at Your Own Pace*. Lawrence, MA: National Empowerment Center.
- Ahern, L., & Fisher, D. (2001) Recovery at your own PACE. *Journal of Psychosocial Nursing* 39(4), 22-31.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. DOI: 10.1037/h0095655
- Aubrey, T., & Myner, J. (1996). Community Integration and quality of life: a comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15(1), 5-19.
- Becker, D., & Drake, R. (1993). A working life: The individual placement and supported program. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

- Bond, G., Dietzen, L., McGrew, J., & Miller, L. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology, 40*(2), 75–94. DOI:10.1037/0090-5550.40.2.75
- Bond, G.R., Resnick, S.G., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J., & Bebout, R.R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 489–501. DOI:10.1037/0022-006x.69.3.489
- Burke-Miller, J.K., Cook, J.A., Grey, D.D., Razzano, L.A., Blyler, C.R., Leff, H.S., ... Carey, M.A. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 42*(2), 143–159. DOI:10.1007/s10597-005-9017-4
- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe Final Report*. Retrieved from <http://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>
- Candeias, C., & Jorge-Monteiro, M.F. (2007). *Estudo sobre as necessidades habitacionais das pessoas com doença mental que vivem em residências comunitárias: Dissertação monográfica de licenciatura em Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental*. Lisboa, PT: Instituto Superior de Psicologia Comunitária.
- Carling, P. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: The Guilford Press.
- Chamberlin, J. (1990). The ex-patients movement: where we've been and we're we going. *The Journal of Mind and Behaviour, 11*, 3(4), 323-336.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 20*, 43-46.
- Chamberlin, J. (2006). *Confessions of a non-compliant patient*. Retrieved from <http://www.power2u.org/articles/recovery/confessions.html>
- Constantino, V., & Nelson, G. (1995). Changing relationships between self-help groups and mental health professionals: Shifting ideology and power. *Canadian Journal of Community Mental Health, 14*(2), 55–70.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M., & Evans, A. (2005). Recovery in serious mental illness: Paradigm shift or shibboleth. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illness: Research evidence and implications for practice* (pp. 5–26). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioural health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 23–32. DOI:10.2975/31.1.2007.23.31
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health, 28*(2), 35–46.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11–19. DOI:10.1037/h0099565
- Deegan P.E. (1992). The Independent Living Movement and People with Psychiatric Disabilities: taking Back Control over Our Own Lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 15*(3), 3-19. DOI:10.1037/h0095769
- Deegan P.E. (1999). *Some Principles of the Recovery Process*. USA: National Empowerment Center.
- Duarte, T., & Ornelas, J. (2008). Serviços de suporte comunitários orientados para o recovery das pessoas com experiência de doença mental. *Relatório de Investigação*. Lisboa, PT: ISPA-IU.

- Dunn, E., Wewiorski, N., & Rogers, S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59–62. DOI:10.2975/32.1.2008.59.62
- Espino S.L., & Trickett, E. (2008). The spirit of ecological inquiry and intervention research reports: A heuristic elaboration. *American Journal of Community Psychology*, 42, 60–78. DOI: 10.1007/s10464-008-9179-7
- Fisher, D. (2006). *A new vision of recovery: People can fully recover from mental illness*. Retrieved from http://www.power2u.org/articles/recovery/new_vision.html
- Friend, M., & Cook, L. (1990). Assessing the climate for collaboration. In W. Secord & E. Wiig (Eds.), *Collaborative programming in the schools: Concepts, models, and procedures* (Best practices in school speech/language pathology) (Vol. 1, pp. 67-73). San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Greenwood, R., Schaefer-McDaniel, N., Winkel, G., & Tsemberis, S. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36(3–4), 223–238. DOI: 10.1007/s10464-005-8617-z
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine*, 65, 868–879. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.04.012
- Jacobson, N., & Greenley, W. (2001). What is recovery? A conceptual model and application. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485. DOI: 10.1176/appi.ps.52.4.482
- Jacobson, N. (2001). Experiencing Recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 248-256. DOI: 10.1037/h0095087
- Jacobson, N. (2004). *In recovery: The making of mental health policy*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Kelly, J.G. (2003). Science and community psychology: Social norms for pluralistic inquiry. *American Journal of Community Psychology*, 31(3–4), 213–217. DOI: 10.1023/A:1023998318268.
- Kelly, J. (2006). *Becoming ecological: An expedition into community psychology*. New York: Oxford University Press.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197–200. DOI: 10.1093/schbul/15.2.197
- Levine, M., Perkins, D.D., & Perkins, D.V. (2005). *Principles of community psychology: Perspectives and applications* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lotery, J.L., & Jacobs, M.K. (1994). The involvement of self-help groups with mental health and medical professionals: The self-helpers' perspective. In F. Lavoie, T. Borkman, B. Gidron (Eds.), *Self help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives* (pp. 297-302). New York: Routledge.
- Mank, D. (2000). Integration, organizational change and natural support. *Integra*, 3(8), 1–4.
- Maton, K.I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology*, 41, 4–21. DOI: 10.1007/s10464-007-9148-6. DOI: 10.1007/s10464-007-9148-6
- Massey, O., & Wu, L. (1993). Important characteristics of independent housing for people with mental illness: Perspectives of case managers and consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 17, 81–92. DOI: 10.1037/h0095598

- Mead, S., & Copeland, M.H. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315–328. DOI: 10.1023/a:1001917516869
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2005). Improving health through community organization and community building: A health education perspective. In M. Minkler (Ed.), *Community organizing and community building for health* (pp. 30–52). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Monteiro, F., & Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, 25(1), 111–125. DOI: 10.14417/ap.433
- Mueser, K.T., Becker, D.R., & Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, and job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10(4), 411–417. DOI: 10.1080/09638230120041173
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: Towards empowerment and community*. Toronto: University Of Toronto Press.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and adaptation to community living of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(2), 89–100. DOI: 10.1007/s10488-006-0083-x
- Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. New York: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. (2003). Capability as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economics*, 9(2-3), 219-247. DOI: 10.1080/1354570022000077926
- Nussbaum, M. (2011). Capabilities, Entitlements, Rights: Supplementation and Critique. *Journal of Human Development and Capabilities*, 12(1), 23-37. DOI: 10.1080/19452829.2011.541731
- Nussbaum, M., & Sen, A (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Ochocka, J., Janzen, R., & Nelson, G. (2002). Sharing power and Knowledge: Professional and Mental Health Consumer/Survivor Researchers Working Together in a Participatory Action Research Project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 379-387. DOI: 10.1037/h0094999
- O'Connell, L., & Davidson, M.J. (2010). Recovery-oriented care and choice. *Psychiatric Services*, 61(8), 845. DOI: 10.1176/appi.ps.61.8.845
- Oliveira, A.L., Duarte, T., & Amaro, J.P. (2007). *Sentimento psicológico de comunidade e recovery em residências comunitárias para pessoas com doença mental*. Estudo monográfico. Lisboa, PT: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Dornan, D., & Ralph, R. (2002). *Mental health recovery? What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Ornelas, J. (2002). Uma década de reabilitação em Portugal: Desafios futuros, *In Actas Conferência de Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: AEIPS.
- Ornelas, J., Monteiro, F.J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2005). *Empowerment e Participação das Pessoas com Doença Mental e os seus Familiares*. Lisboa: AEIPS.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa, PT: Fim de Século.

- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community psychology and social change: A story from the field of mental health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21–31. Retrieved from www.gjcpp.org
- Ornelas, J., Duarte, T., Almas, I., & Madeira, T. (2011). *Relatório dos dois anos de implementação do projecto Casas Primeiro na cidade de Lisboa*. Lisboa, PT: AEIPS.
- Ornelas, J., Aguiar, R., Sacchetto, B., & Jorge-Monteiro, M.F. (2012). Community-based participatory research: A collaborative study to measure capabilities towards recovery in mental health community organizations. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 3–18. DOI: 10.5964/pch.v1i1.5
- Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, F. (in press/ peer reviewed). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds), *Community psychology and community mental health: Towards transformative change*. New York: Oxford University Press.
- Pettigrew, T., & Tropp, L. (2000). Does intergroup contact reduce prejudice: Recent meta-analytic findings. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 93–114). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Provencher, H.L., Gregg, R., Mead, S., & Mueser, K.T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132–144. DOI: 10.2975/26.2002.132.144
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1–25. DOI: 10.1007/bf00896357
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1–7. DOI: 10.1300/j293v03n02_02
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/ Exemplars of Prevention: toward a Theory of Community Psychology. in *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148. DOI: 10.1007/bf00919275
- Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. London: Baillière Tindall.
- Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335–343.
- Rollins, A.L., Bond, G.R., Jones, A.M., Kukla, M., & Collins, L.A. (2011). Workplace social networks and their relationship with job outcomes and other employment characteristics for people with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 243–252.
- Segal, S. & Aviram, U. (1978) *The mentally ill in community-based sheltered care: A study of community care and social integration*. New York: Wiley.
- Sen, A. (1985). Social Choice and Justice: A Review Article. *Journal of Economic Literature, American Economic Association*, 23(4), 1764-1776.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Stewart, M., Banks, S., Crossman, D., & Poel, D. (1994). Partnerships between health professionals and self-help groups: Meanings and mechanisms. In F. Lavoie, T. Borkman, & B. Gidron (Eds.), *Self help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives* (pp. 199-240). New York: Routledge.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651–656. DOI: 10.2105/ajph.94.4.651

- Unger, K., Pardee, R., & Shafer, M. (2000). Outcomes of postsecondary supported education programs for people with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation, 14*, 195–199.
- Ware, N.C., Hopper, K., Tuggenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services, 58*(4), 469–474. DOI: 10.1176/appi.ps.58.4.469
- Watson, A., & Corrigan, P. (2005). Challenging public stigma: A target approach. In P. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 281–295). Washington DC: American Psychological Association.
- Yanos, P., Felton, B., Tsemberis, S., & Frye, V. (2007). Exploring the role of housing type, neighbourhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of Mental Health, 16*(6), 703–717. DOI: 10.1080/09638230701496378
- Zimmerman, M. (2000). Empowerment and community participation: A review for the next millennium. In J. Ornelas (Ed.), *Actas do II Congresso de Psicologia Comunitária* (pp. 17–42). Lisboa, PT: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Chasing the patient: The experience of training in psychotherapy training

*Angelo R. Pennella, Angela Ragonese**

Abstract

The article addresses the issue of the internship training program in psychotherapy. Starting from the etymology of the term itself the authors describe the normative framework regulating practical training in the psychotherapeutic setting and illustrate how it can be actually implemented in current practice. One of the issues that are raised is that, too often, valuable opportunities of practical training are reduced to a formal act where trainees can be instructed to use predetermined psychotherapeutic techniques. This kind of approach leaves very little room for a genuine experience and depletes these opportunities of their considerable formative potential. Through a clinical example, the authors propose a different approach that is more in line with a vision of psychotherapy where becoming involved in an exchange relationship is essential to achieve the ultimate goal of promoting relations. In the proposed approach practical training is seen as a truly transformative experience for trainees, who are led to get emotionally involved in the clinical encounter and are challenged to review their cognitive and emotional schemes and the way they perceive the reality.

Keywords: clinical; training; internship; experience; psychotherapy.

*Psychologist, Psychotherapist, Lecturer at the School of Specialization in Health Psychology, University "Sapienza" - Rome. E-mail: ar.pennella@gmail.com

*Psychologist, specializing in psychoanalytic psychotherapy. E-mail: angelaragonese@gmail.com

A caccia del paziente: L'esperienza di tirocinio nella formazione alla psicoterapia.

*Angelo R. Pennella, Angela Ragonese**

Abstract

Il contributo presenta una riflessione sul tirocinio nella formazione alla psicoterapia. Prendendo spunto dall'etimologia del termine e dalla normativa di riferimento, gli autori si soffermano non solo sul significato ma anche sul modo con cui il tirocinio è oggi utilizzato come esperienza formativa. L'articolo sottolinea infatti la diffusa tendenza ad esaurire il tirocinio in una occasione tesa all'apprendimento di specifiche tecniche psicoterapeutiche o in un atto formale necessario allo specializzando per proseguire nel proprio iter formativo. Il contributo propone, con l'ausilio di un esempio clinico, di considerare invece il tirocinio una esperienza trasformativa delle categorie cognitive ed emozionali dello specializzando, un'occasione per cambiare il suo modo di sentire e pensare la realtà e per coinvolgersi pienamente nell'intervento clinico. Il tutto in linea con una visione della psicoterapia in cui il fine è promuovere relazioni in cui è fondamentale implicarsi in una relazione di scambio.

Parole chiave: tirocinio, esperienza, psicoterapia, formazione, clinica.

*Psicologo, psicoterapeuta, professore a contratto Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università "Sapienza" di Roma. E-mail: ar.pennella@gmail.com

*Psicologa, specializzanda in psicoterapia psicoanalitica. E-mail: angelaragonese@gmail.com

Se ci si prende la briga di consultare un vocabolario alla voce “tirocinio”, si può trovare, più o meno, la seguente definizione: “preparazione all’esercizio di un mestiere o di una professione che si compie mediante un addestramento”. Esistono, ovviamente, definizioni più articolate, come quella del vocabolario on line Treccani che dettaglia il significato del termine come un “periodo di addestramento pratico (e l’addestramento stesso) all’esercizio di un mestiere, di una professione, di un’arte, di un’attività in genere, che viene compiuto da un principiante, da un allievo, o anche da persona già qualificata e fornita della necessaria preparazione teorica, o del prescritto titolo di studio, sotto la guida di persona esperta e nel luogo dove tale attività viene svolta regolarmente” (cfr. <http://www.treccani.it/vocabolario/tirocinio/>).

Se si ha tempo e voglia di estendere la consultazione a un dizionario etimologico, si può constatare che il termine deriva dal latino *tirocinium* “calco” su *tubicinium* “suono della tromba” e cioè originariamente “segnale (di tromba) per le reclute” (Devoto, 1968, p.431). Nella Roma antica, la parola *tirones* era utilizzata infatti per indicare le reclute che partecipavano alla loro prima campagna militare ma anche i giovani che avevano appena indossato la toga virile o libera, cosa che avveniva al compimento del diciassettesimo anno. Il termine “tirocinio” rinvia però anche al greco *terèo* nella sua accezione di “guardo, tutelo, prendo in cura” e questo perché i giovani tironi dovevano per un anno frequentare il Campo di Marte ove si facevano esercizi militari e ginnici ed altri luoghi pubblici onde stare sotto gli occhi e quasi sotto la tutela, la protezione e la custodia del popolo, il quale così durante l’anno di prova, che si disse *tirocinium*, aveva l’agio di vegliare su di loro ed osservare le loro attitudini e la loro condotta per potere un giorno con fondata cognizione concedergli o negargli i propri suffragi quando il giovinetto, fatto adulto, avesse concorso ai pubblici uffici (cfr. www.etimo.it/term=tirocinio).

Questo rapido cenno al significato e all’origine del termine “tirocinio” ci consente di cogliere due aspetti fondanti tale attività: il primo è quello di essere un periodo teso all’acquisizione delle abilità (skill) e dei comportamenti ritenuti necessari per lo svolgimento di un determinato lavoro; il secondo è quello di implicare una valutazione¹.

È ovvio che alla base del concetto di tirocinio vi è la convinzione che chiunque voglia esercitare un mestiere o una professione debba farne preliminarmente esperienza sotto la guida *esperta* di chi quello specifico mestiere o professione già padroneggia². Si tratta di un’idea non solo ampiamente condivisa, ma anche profondamente radicata nella nostra cultura, tant’è che già nell’XI secolo le corporazioni di arti e mestieri prevedevano lunghi iter formativi presso le botteghe dei propri associati e non sempre tale percorso culminava con l’acquisizione della qualifica desiderata.

In sostanza, il tirocinio è una esperienza che consente di diventare *esperti* in qualcosa.

Ma cos’è un’esperienza?

Anche in questo caso può essere utile la consultazione di un vocabolario che ci segnala almeno due accezioni del termine: la prima rimanda ad una conoscenza assunta attraverso il contatto diretto con la realtà; la seconda rinvia invece ad una serie di avvenimenti in grado di marcare la vita di una persona (è nota l’espressione “è un’esperienza che segna”). Da parte sua, l’etimologia ci conduce invece a due verbi greci: *peiro*, nel suo significato di “attraversare, passare attraverso”, e *peirào*, “tentare, provare, fare esperienza”. C’è da aggiungere che il vocabolo ha subito, con il suo passaggio al latino, un

¹ Ciò è particolarmente evidente nei tirocini o stage aziendali il cui obiettivo non è solo quello di addestrare i tirocinanti o stagisti che dir si voglia, ma anche individuare risorse da inserire, in modo più o meno stabile, all’interno della propria organizzazione.

² In questa prospettiva, anche la supervisione effettuata in ambito clinico e psicoterapeutico rientra nel concetto di tirocinio. Nella definizione di Bernard e Goodyear (2004, p. 8 *traduzione nostra*), la supervisione è considerata, infatti, “un intervento fornito da un membro anziano (senior) di una professione ad un membro o a membri più giovani (junior) di quella stessa professione. Si tratta di una relazione valutativa, prolungata nel tempo e che si propone come scopi simultanei quelli di incrementare le capacità professionali delle persone più giovani, di controllare la qualità dei servizi professionali da loro offerti ai clienti e di introdurli all’esercizio di quella particolare professione”. In sostanza, si riconosce al supervisore sia una funzione formativa, individuata nella trasmissione di competenze da un soggetto “anziano” (esperto) ad un soggetto “giovane” (inesperto), che iniziatica, visto che proprio grazie all’effettuazione di tale attività è consentito al “giovane” l’esercizio di una determinata professione e l’accesso ad una specifica comunità professionale (Pennella & Cordella, 2011)

interessante arricchimento concettuale: *ex-perior* include infatti l'idea del pericolo, della prova che l'individuo è chiamato ad affrontare nel momento in cui esperisce una situazione nuova³.

Fare un'esperienza non significa quindi solo acquisire conoscenze grazie ad un contatto diretto con la realtà, ma anche – dal nostro punto di vista, specialmente – passare là dove non si è mai passati prima affrontando l'inevitabile rischio connesso alla novità. A ben guardare, si acquisisce infatti esperienza solo nel momento in cui ci si confronta con una situazione inusuale: se fosse familiare, non si otterrebbe alcuna “esperienza” ma, al più, ci si limiterebbe ad applicare quella già posseduta. È per questo motivo, ad esempio, che si preferisce consultare un chirurgo esperto – passato cioè per tanti corpi e che conosce bene i “luoghi” da percorrere – piuttosto che un principiante: solitamente, non amiamo infatti che l'altro “faccia esperienza” proprio *con* noi e *su* di noi!

Ogni esperienza, lasciando un segno, denota un cambiamento, una trasformazione. È una storia, o meglio fa insorgere una storia, nella misura in cui l'esperienza, incidendo la sua traccia, costruisce un mondo di cui fa parte e che si può ripercorrere nel suo svolgersi (senza memoria non si dà esperienza, anzi, quelle esperienze che la memoria cosciente non vuol riconoscere premono dal basso nell'inconscio, determinando comunque la nostra storia personale). Ecco cosa va inteso come “passaggio”. Un passaggio può essere tutto, dalla catastrofe all'inezia: qualcosa si incastona nel tempo per rivelarsi come un'esperienza. Può essere la parola detta da qualcuno e che ci apre improvvisamente un nuovo modo di veder le cose, può essere una lettura, può essere un evento, una scelta, un caso. Può essere qualcosa di pianificato in precedenza, oppure un'irruzione improvvisa, sempre comunque decisiva. (Castelli Gattinara, 1998, p. 6)

Quanto detto ci spinge però a porre un quesito: quanto i tirocini svolti in ambito psicologico clinico o psicoterapeuti costituiscono una *esperienza* per il tirocinante?

Sebbene sia ampiamente condivisibile l'idea che si tratti di periodi (potenzialmente) efficaci nel promuovere, attraverso la pratica, l'apprendimento di abilità utili all'esercizio della professione, ciò implica però, necessariamente, che siano anche un'esperienza? Che siano cioè in grado di lasciare un segno? Di marcare un prima e un dopo nell'iter formativo dello specializzando⁴?

Su questo nutriamo alcune perplessità.

Si badi bene, non intendiamo negare che l'apprendimento di questa o quella tecnica da parte dell'allievo possa implicare un cambiamento, desideriamo porre piuttosto la questione di quanto i tirocini svolti in questo ambito siano in grado di *trasformare* le categorie precedentemente utilizzate dallo specializzando per “sentire” e “pensare” la realtà.

È ovvio che si tratta di chiarire innanzitutto quali siano gli obiettivi da attribuire al tirocinio.

Sia pure con una dicotomia opinabile, ci sembra tuttavia possibile individuare due approcci al tirocinio, ciascuno dei quali punta ad obiettivi diversi. Il primo, è quello rintracciabile nelle definizioni offerte dai vocabolari, in cui il tirocinio è considerato essenzialmente un periodo di addestramento in cui il “principiante” viene chiamato a praticare l'attività professionale in modi che gli consentano di acquisire nuove abilità, con il tacito assunto che ciò conduca ad un aumento quantitativo del suo “saper fare”. Il secondo, è quello suggerito dall'etimologia, in cui si pensa invece al tirocinio come ad un periodo in cui si prova e ci si prova, un'occasione di confronto con la novità e l'inevitabile rischio connesso al passaggio in situazioni non conosciute, *altre* da quelle a cui si è abituati. In questo modo di considerare e approcciare il tirocinio, esso assume il valore di un'esperienza che non si limita ad incrementare le capacità dell'allievo, ma tende anche a promuovere una rielaborazione complessiva del suo bagaglio esperienziale. La contrapposizione, se si preferisce, è quella tra un tirocinio in cui si assimila la situazione al già noto (familiare) e il cui principale obiettivo è apprendere e applicare un armamentario tecnico, riportando quindi il tutto nel rassicurante ma mortifero abbraccio della routine, e quello in cui lo si considera invece un'occasione per aprirsi all'alterità di cui la situazione è inevitabilmente portatrice. In questo approccio, l'obiettivo del tirocinio non è tanto o non è *solo* quello

³ Il termine italiano “pericolo” deriva dal latino *periculum* che significa propriamente “prova, esperimento, saggio, cimento” e la cui matrice è appunto *perior* usato per indicare il tentativo attuato quando si affronta una prova (Devoto, 1968).

⁴ Naturalmente il discorso è valido per tutti i tirocini svolti durante il percorso formativo.

di addestrarsi ad una tecnica, ma di correlarla ad una metodologia in cui la capacità di leggere il contesto – di cui il tirocinante stesso è parte – è una componente fondamentale (Pennella, 2008). È dunque il fatto di implicarsi *personalmente* in ciò che accade e di connettere e connettersi alla fitta rete di interazioni che costituisce il tessuto contestuale a rendere il tirocinio un'esperienza in grado di segnare il percorso formativo dello specializzando.

Il tirocinio nella formazione psicologica

Prima di proseguire, ci sembra utile ricordare che i laureati in psicologia, per essere ammessi all'esame di Stato e conseguire quindi l'abilitazione all'esercizio della professione, devono aver svolto un tirocinio presso strutture pubbliche o private autorizzate. Come è noto, la normativa che regola il tirocinio è cambiata nel corso degli anni: se nel 1992 si richiedeva un tirocinio "professionalizzante" da svolgere interamente dopo il conseguimento della laurea, con la riforma dei percorsi universitari e l'attivazione delle lauree triennali, è stata prevista la possibilità di svolgere parte o tutto il tirocinio durante il corso degli studi.

Senza entrare nel merito delle norme che disciplinano la durata e lo svolgimento del tirocinio⁵, in questo lavoro ci preme sottolineare il fatto che in questi ultimi anni si è sviluppata una certa attenzione nei confronti di tale attività e della sua resocontazione; attenzione indubbiamente rinforzata anche dall'introduzione, nel 2001, della possibilità che gli studenti utilizzino, come tesi per il conseguimento del titolo di Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, il resoconto del proprio tirocinio. Ricerche⁶, pubblicazioni (Bernardini & Giornetti, 2009; Carli, 2009, 2012; Cordella, 2008.) e convegni⁷ si sono dunque interessati al modo con cui è possibile rendere l'attività di tirocinio un'esperienza produttiva per tutti i soggetti coinvolti (ente convenzionato, università, tirocinante). Si sono moltiplicati gli interventi a sostegno di una maggiore pensabilità degli obiettivi formativi del tirocinio e sono state prodotte una serie di riflessioni non solo sulla spendibilità delle competenze acquisite dagli studenti nel corso delle loro esperienze, ma anche sulle dinamiche collusive che si sviluppano tra servizi e tirocinanti nonché sulla possibilità di rileggere clinicamente le esperienze effettuate attraverso lo strumento del resoconto.

Anche per quanto riguarda la formazione post universitaria il tirocinio ha uno spazio tutt'altro che irrilevante. L'articolo 8 del Decreto Ministeriale 509/98, in applicazione all'articolo 3 della legge 56/89, prevede infatti che i corsi quadriennali di specializzazione in psicoterapia dedichino almeno cento delle cinquecento ore di formazione annuale a questo tipo di attività. Sia pure con una certa variabilità connessa alla scuola di specializzazione e all'ente che accoglie gli specializzandi, in questi casi il tirocinio si concretizza in una serie di attività che possono andare dal "semplice" affiancamento di colleghi esperti (tutor) nell'espletamento delle loro funzioni, alla somministrazione di strumenti strutturati (ad es. check-list e reattivi mentali), alla effettuazione di consulenze o psicoterapie.

Tra i molti aspetti su cui ci si potrebbe soffermare, quello di cui parleremo in questa sede è un elemento apparentemente marginale del tirocinio post universitario ma, a nostro avviso, piuttosto interessante: la sua quantificazione oraria. Come si diceva, è fatto obbligo allo specializzando di effettuare un tirocinio di almeno cento ore annue presso enti del SSN o accreditati con esso.

Pur consapevoli della necessità di definire un qualche parametro di valutazione, oltretutto trasversale ai diversi orientamenti teorici che caratterizzano la pletera delle nostre scuole di specializzazione private, il punto è che così facendo si è rinforzata la tendenza a considerare il tirocinio un compito da adempiere e non un'esperienza da affrontare. Ancorare il tirocinio ad un parametro di tipo quantitativo, che non si traduce solo in un monte ore da svolgere ma anche, ad esempio, in un numero

⁵Ricordiamo, tra l'altro, il documento unitario sul tirocinio professionalizzante prodotto nel 2011 dal Gruppo di lavoro in cui erano coinvolti, oltre all'Ordine degli Psicologi, anche i Direttori dei Dipartimenti di Psicologia, i rappresentanti della Conferenza dei Presidi e della Associazione Italiana di Psicologia.

⁶Si ricorda, tra l'altro, la ricerca promossa dall'Ordine degli Psicologi del Lazio che ha coinvolto 613 psicologi impegnati nell'esame di Stato nella sessione di novembre nel 2003.

⁷Ci riferiamo, ad esempio, al convegno organizzato nel 2009 dalla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica SPS sul tema "Il tirocinio nelle organizzazioni sanitarie e di salute mentale" ma anche al "1° Convegno sui Tirocini" promosso dall'Università degli studi di Torino nel 2010 e al "4° Convegno Nazionale di Didattica sulla Psicologia" organizzato dall'Università degli Studi di Padova nel 2011.

di colloqui da effettuare o di pazienti da “trattare”, agevola, a nostro avviso, lo spostamento del focus attentivo da possibili criteri “intrinseci”, per parafrasare Gill (1984), a criteri puramente “estrinseci”, come il tempo appunto. Non a caso, al termine di un anno o di un biennio, si chiede allo specializzando una certificazione che attesti lo svolgimento delle “cento ore”, quasi fosse quello l’indispensabile viatico al passaggio dell’allievo all’anno successivo, l’unico “prodotto” tangibile della relazione tra la scuola di specializzazione, l’ente convenzionato e lo specializzando.

Di fatto, il bisogno di barcamenarsi tra convenzioni e regolamenti al fine di rispettare l’obbligo di legge relativo alle cento ore, rende a volte difficile aprire uno spazio di pensiero dedicato alla costruzione di una committenza in merito all’esperienza in atto⁸. La necessità di *avere* quel “pezzo di carta”, pena l’impossibilità di proseguire nel proprio iter formativo, espone cioè lo specializzando – ma anche la scuola e, per certi versi, l’ente convenzionato – al rischio di inquadrare il tirocinio come un insieme di *ore da cumulare* piuttosto che come una *situazione da esperire*. Un esito scontato di tale approccio è quello di trattare l’interlocutore – *in primis* il cliente ma anche, di volta in volta, tutti gli altri soggetti coinvolti nell’interazione – solo come *mezzi* necessari per far fronte alle richieste della normativa.

In sostanza, il tirocinio, da occasione di possibile confronto tra le alterità coinvolte – il cliente per il tirocinante, il tirocinante per l’ente convenzionato, l’ente convenzionato per la scuola di specializzazione, la scuola di specializzazione per l’ente, ecc. – tutte potenzialmente utilizzabili per sviluppare relazioni di scambio (Carli & Paniccia, 2003), tende invece a comprimersi in un atto formale, ad essere ridotto cioè nella prevedibile e conosciuta forma dell’attestato.

Si può dunque ritrovare, anche nell’iter di formazione alla psicoterapia, quella dimensione adempitiva a cui più volte hanno fatto riferimento Carli, Grasso e Paniccia (2007) e in cui ciò che conta non è tanto la messa in atto di specifiche competenze funzionali al conseguimento di un prodotto utile al cliente, quanto l’adeguamento e il raggiungimento di risultati predefiniti e prescritti dalla norma. In questa dimensione, diviene pregnante il tema del possesso (Carli & Paniccia, 2002; 2003; 2004): “avere” le ore di tirocinio non consente infatti solo il passaggio dell’allievo all’anno successivo, ma permette anche di “avere” un “paziente”, qualcosa cioè – si badi bene, non qualcuno – di cui parlare in aula con i colleghi, nelle supervisioni con i docenti, su cui scrivere la “propria” tesi di specializzazione. La necessità del tirocinio è dunque legata al fatto che si deve fare pratica con qualcuno classificabile come paziente perché solo in questo modo è possibile essere riconosciuti come psicoterapeuti.

Ci sembra evidente quanto ciò agevoli una “valorizzazione idealizzata di ciò che sta fuori di sé” (Carli & Paniccia, 2003, p. 181) e rinforzi una fantasia di possesso nei confronti di un’esperienza – quella del tirocinio – che non viene pertanto vissuta e pensata ma solo accumulata.

Sia pure *en passant*, c’è però anche un altro aspetto di questa dinamica che è utile notare.

Il fatto di avere un tirocinio in atto e uno o più pazienti da seguire assurge infatti a condizione fondante l’identità stessa dello specializzando, identità minacciata dall’eventuale assenza di tali oggetti.

In questa configurazione relazionale, lo specializzando rischia quindi, da un lato, di ricondurre e costringere automaticamente il possibile cliente nell’unica categoria desiderata – quella del paziente – dall’altro, di esprimere nei confronti della scuola di specializzazione e dell’ente convenzionato una pressante richiesta (pretesa?) di “avere” pazienti con cui fare pratica. Non a caso, a volte si osserva anche una sorta di “attaccamento”, da parte degli allievi, ai colloqui effettuati, che esprime però più una ricerca di identità e appartenenza che una riflessione teorico-tecnica su quanto accaduto nel corso delle interazioni. Come ha osservato Grasso (2004) lo specializzando si sente “rassicurato sulla propria identità professionale [...] solo dall’affermazione, indiscussa, di una congruenza istituita tra domanda dell’utente e prestazione erogata: la difficoltà a riconoscere l’utente si qualifica come difficoltà a decodificare la sua domanda di intervento, precisandone contorni e caratteristiche” (p. 153).

Una esemplificazione

⁸In questo caso, non ci stiamo riferendo solo allo specializzando ma anche alla scuola di specializzazione e all’ente convenzionato presso cui l’allievo svolge il proprio tirocinio.

Allo scopo di illustrare meglio quanto detto, riporteremo ora una esperienza di tirocinio effettuata da una psicologa durante il proprio iter formativo in una scuola di specializzazione in psicoterapia ad orientamento psicodinamico e setting individuale, esperienza svolta presso uno sportello di consulenza psicologica attivato da un ente socio-assistenziale della Capitale.

Giulia contatta telefonicamente lo sportello chiedendo una consulenza per Davide, il figlio adolescente. Dopo aver raccolto alcuni dati personali, l'addetta alla segreteria dello sportello propone a Giulia di incontrare una psicologa con cui discutere della sua richiesta e delle difficoltà del figlio, il tutto al fine di valutare l'opportunità di una consulenza psicologica per Davide. La signora accetta e fissa un appuntamento.

Giulia si presenta allo sportello accompagnata dal figlio e da un'amica. La psicologa, dopo averli salutati, la invita nella stanza dei colloqui chiedendo agli accompagnatori di attendere in sala d'aspetto.

Avviato il colloquio, Giulia motiva subito la sua richiesta con il fatto di essere stata più volte contattata dalla scuola del figlio a causa dei comportamenti aggressivi che questo ultimo esprime nei confronti di compagni e professori. La loro richiesta è che Giulia si faccia carico del problema, che faccia seguire cioè il figlio da uno psicologo. Giulia aggiunge che Davide, su disposizione del Tribunale dei Minori, è stato allontanato dalla famiglia per un breve periodo e che, dopo il suo rientro a casa, il rapporto tra loro è divenuto particolarmente conflittuale. Descrive in modo dettagliato il comportamento del figlio e i loro quotidiani litigi, si lamenta però anche della rigidità degli insegnanti e della loro scarsa attenzione e sensibilità nei confronti delle difficoltà di Davide.

Al termine della prima parte del colloquio, dedicata sostanzialmente al figlio e alle sue difficoltà scolastiche, su richiesta della specializzanda, Giulia inizia a parlare della propria storia. Riferisce di essere l'ultima di otto fratelli e di non essersi mai sentita veramente amata da nessuno dei familiari. Non c'era mai tempo per lei e l'unico che a volte sembrava riserarle qualche attenzione era il padre, morto però precocemente quando lei aveva undici anni. Da allora, Giulia riferisce di essersi sempre occupata della madre, in quanto unica figlia femmina, accudendola fino alla sua scomparsa avvenuta alcuni anni prima.

Rispetto alla vita sentimentale, Giulia parla della lunga relazione con il suo primo ragazzo che, pur se con alti e bassi, esitò dapprima in una convivenza, nel corso della quale nacque il primo figlio, e poi in un matrimonio, durante il quale Giulia rimase incinta di Davide. Il giorno del parto, mentre si stava recando in ospedale dalla moglie, il marito fu coinvolto in un grave incidente stradale in cui trovò la morte. I familiari decisero di non dire nulla a Giulia, che venne a sapere della morte del marito solo alcuni giorni dopo. Da quel momento, Giulia ebbe una serie di relazioni, a volte anche molto brevi, con uomini definiti insensibili, in qualche caso violenti, da cui riuscì però ad ottenere quel sostegno economico di cui aveva bisogno per se stessa e i figli. L'unico aiuto giunto dalla famiglia le fu infatti offerto da uno dei fratelli, che tuttavia si suicidò qualche tempo dopo l'incidente del marito. A proposito di questo ultimo, Giulia aggiunge che per diversi anni, quando entrava in argomento con estranei, diceva loro che lui era in viaggio con tale convinzione che a volte persuadeva anche se stessa della veridicità di quella versione dei fatti.

Al momento del colloquio, Giulia convive con un uomo a cui è affettivamente legata ma che non può in alcun modo sostituire, come ella tiene a rimarcare, il marito, unico vero grande amore della sua vita. D'altronde, a causa di una recente e gravissima malattia, il convivente non è più autosufficiente e deve essere accudito da Giulia in ogni incombenza della vita quotidiana.

Sul finire dell'incontro, Giulia chiede alla specializzanda chi seguirà il figlio e se lei dovrà effettuare o no ulteriori colloqui. La psicologa, sottolineando che i problemi scolastici di Davide sembrano essere solo una delle molte situazioni difficili che Giulia è stata chiamata ad affrontare, le propone uno spazio di alcuni colloqui da dedicare a sé stessa. Giulia accetta l'offerta della psicologa e fissa un secondo appuntamento.

Anche se non è nostra intenzione entrare nel merito della storia, ci sembra tuttavia utile segnalare un aspetto trasversale a tutte le situazioni narrate da Giulia: l'assenza di figure in grado di farsi carico dei

suoi bisogni. Non ci riferiamo solo ai genitori, da cui non si è mai sentita amata, ma anche al marito, che scompare improvvisamente a causa di un incidente; all'unico fratello accidentato, morto suicida; all'attuale convivente, colpito da una malattia talmente invalidante da mettere a rischio la sua stessa vita. La serie potrebbe allungarsi ulteriormente includendo sia gli sporadici compagni, descritti da Giulia come persone insensibili e violente, sia la scuola del figlio. Nella descrizione, anche questa ultima non sembra infatti offrire a Giulia collaborazione e sostegno ma le rimanda semplicemente il problema: la richiesta degli insegnanti è che sia lei a fronteggiare e risolvere l'aggressività di Davide facendolo seguire da uno psicologo che possa, per così dire, ricondurre a norma il suo comportamento. Certo, a fronte del testo in cui sono riportate le principali informazioni emerse nel corso del colloquio, si potrebbe dire che manca molto: ad esempio, come è giunta Giulia allo sportello? Quali canali ha utilizzato per individuarlo? Chi è la donna che l'accompagna? Quale è il loro rapporto e la sua funzione? Ovviamente, si potrebbe continuare in questo elenco di assenze, ci sorge tuttavia un dubbio: rimproverando alla specializzanda le sue manchevolezze non agiremmo anche noi, nei suoi confronti, una dinamica analoga a quella di cui ha parlato Giulia a proposito delle sue figure di riferimento? La risposta ci sembra ovvia ed è questo che ci induce a considerare le domande espresse solo come un possibile indicatore dell'assetto relazionale proposto da Giulia, in cui *deve* esserci una carenza dell'altro, una mancanza che lo renda in qualche modo inadeguato. Fermiamo tuttavia le nostre riflessioni per riprendere il racconto.

Il giorno concordato, Giulia telefona alla psicologa pochi minuti dopo l'ora stabilita per l'incontro chiedendole di annullare l'appuntamento. Spiega di essere stata chiamata dal lavoro – è dipendente di un'impresa di pulizie – e di non potersi esimere dall'andare; chiede tuttavia un nuovo appuntamento che la specializzanda le fissa per la settimana seguente nel medesimo giorno e orario di quello annullato.

Giulia non si presenta però all'appuntamento e non avverte la specializzanda della sua assenza. La settimana successiva, non avendo altri appuntamenti, la psicologa non si reca presso l'ente in cui svolgeva il tirocinio e si vede arrivare, esattamente nell'ora stabilita per i precedenti appuntamenti, una telefonata da Giulia che la informa di essere allo sportello ma di non averla trovata. La psicologa risponde che l'appuntamento era per la settimana precedente e non per quella, ma aggiunge che, se Giulia avesse voluto, avrebbero potuto fissarne un altro per la settimana a seguire. Giulia accetta e si stabilisce quindi un ulteriore appuntamento nel giorno e nell'orario già utilizzati in precedenza. Anche in questo caso, Giulia non si presenta, inviando questa volta un sms in cui si scusa con la psicologa addebitando la propria assenza ad una non definita problematica del compagno. Conclude il messaggio affermando che richiamerà per definire un nuovo appuntamento.

La settimana successiva, nello stesso giorno e alla medesima ora degli appuntamenti precedenti, Giulia invia alla psicologa un altro sms in cui la avverte che non riuscirà ad essere presente. La psicologa, sempre tramite messaggio, replica che quel giorno non avevano alcun appuntamento, dato che Giulia non ne aveva più fatto richiesta.

La signora non risponde alla precisazione della psicologa ma, a distanza di una settimana, le invia un ulteriore messaggio in cui la avverte che non riuscirà a presentarsi al colloquio: la psicologa, a questo punto, non risponde.

Trascorre un'altra settimana e Giulia ritelefona, nel solito giorno e orario, scusandosi ancora del fatto di non poter venire all'appuntamento. Riprende a parlare dei problemi di salute del convivente e delle difficoltà che incontra nell'accudirlo. Quando la psicologa le fa presente che non vi era alcun appuntamento e che pertanto Giulia non aveva niente di cui scusarsi, questa ultima risponde di essere perfettamente conscia di ciò, ma che desiderava comunque avvertirla della sua assenza. Aggiunge che la scuola l'ha nuovamente chiamata per Davide e che ha necessità di un appuntamento per il figlio. La psicologa risponde che può chiamare la segreteria dello sportello, Giulia ringrazia e da quel momento non la contatta più.

Per discutere su quanto accade dopo il colloquio è necessario soffermarci innanzitutto sulla dinamica descritta dal resoconto. Si è già detto che nella storia di Giulia sembrano ripetersi all'infinito situazioni

in cui l'assenza dell'altro, espressa non solo in risposte parziali o inadeguate ma anche in vere e proprie mancanze fisiche, sembra aver sviluppato una modalità relazionale fondata sulla confusione emozionale tra presenza e assenza. Basti pensare alla famiglia d'origine di Giulia, indubbiamente caratterizzata da molte presenze (fisiche) ma di cui lei ha esperito solo la loro sostanziale assenza (emotiva). La modalità d'essere di Giulia *con* l'altro, per dirla con Stern (2005), consegna quindi a se stessa e al proprio interlocutore il ruolo di chi è, contemporaneamente, *assente* alle esigenze dell'altro e frustrato dalla *assenza* di risposta dell'altro, il tutto all'interno di una relazionalità in cui si assiste però anche ad una ingombrante *presenza* fisica. Ecco dunque Giulia che non ottiene dalla psicologa risposta alla propria richiesta di aiuto per il figlio mentre la psicologa non trova risposta alla propria richiesta che Giulia partecipi ai colloqui. Il tutto all'interno di una interazione in cui la presenza dell'una e dell'altra – i messaggi e le telefonate – è destinata ad essere infruttifera perché chiamata solo a convalidare l'inutilità della relazione. In questo senso, è illuminante la descrizione che Giulia fa dell'attuale compagno: una presenza che avrebbe dovuto sostenerla ma che, di fatto, non solo non risponde ai suoi bisogni ma chiede a lei di consentirgli di vivere.

E questo è il punto, per quanto ci riguarda.

Dobbiamo infatti ricordare che il colloquio avviene all'interno di uno sportello di ascolto e consulenza in cui la psicologa sta svolgendo il proprio tirocinio per la sua specializzazione in psicoterapia: in questa prospettiva, è agevole immaginare che l'obiettivo, proprio in quanto specializzanda, non fosse quello di erogare "semplici" consulenze psicologiche ma "vere" psicoterapie. Come si diceva, avere pazienti in trattamento costituisce infatti la *condicio sine qua non* per il riconoscimento della propria identità di psicoterapeuta in formazione. Giulia deve essere quindi connotata come paziente per poter rientrare in ciò che è utile alla psicologa in quanto specializzanda ed è probabilmente per questo che si propone subito alla signora un intervento incentrato su di lei, un intervento cioè che esclude il figlio: questo ultimo costituiva infatti una presenza inammissibile nell'ottica di una psicoterapia in setting individuale.

Ma in fondo, non è corretta questa logica d'intervento?

In effetti, la richiesta di Giulia di ottenere una consulenza psicologica *su* Davide senza alcuna riflessione in merito al proprio ruolo nella vicenda potrebbe motivare un intervento psicologico clinico teso a promuovere l'implicazione del committente nel processo, aspetto che può avere rinforzato, nella psicologa, l'idea di proporre a Giulia un percorso individuale. Tuttavia, tale proposta si fonda proprio sulla esclusione dell'oggetto della richiesta e comporta pertanto anche un'assenza di risposta a ciò che Giulia indica come *il* problema. L'obiettivo di fare qualcosa *solo* per Giulia ha quindi, paradossalmente, colluso con una modalità relazionale in cui l'altro deve coniugare presenza e assenza: nel momento in cui la psicologa le ha infatti proposto qualcosa per lei e *solo* per lei ha di fatto palesato anche la sua mancata risposta al disagio del figlio⁹. Non si sta dunque discutendo dell'importanza di implicare Giulia nella situazione con il figlio, ma della *rapidità* con cui è stata formulata la proposta di intervento (Grasso, Cordella, & Pennella, 2003) che ha reso probabilmente questa ultima non pensabile da parte della signora. Sia pure *en passant*, ciò non significa che si sarebbe dovuto accogliere pedissequamente la richiesta di Giulia: anche in questo caso, ci si sarebbe collocati infatti nel ruolo di chi è presente per gli altri ma assente per lei.

Parliamo però brevemente di ciò che accade dal momento in cui Giulia non si presenta all'appuntamento ed inizia la sequenza di sms e telefonate.

Incastrate in un assetto relazionale fondato su reciproche incapacità e bisogni di legittimazione, Giulia e la psicologa iniziano ad agire comportamenti abbandonici associati a presenze improduttive. Il senso di confusione, specie nei confronti degli sms di Giulia, emerge in alcune supervisioni in cui la psicologa riferisce i propri vissuti di frustrazione e impotenza non solo nei confronti degli appuntamenti mancati ma anche e specialmente dei puntuali messaggi di Giulia che, da un lato, la presentificano, dall'altro, lo fanno però in un modo che non corrisponde alle esigenze della specializzanda.

⁹ Naturalmente si potrebbero formulare molte ipotesi in merito all'episodio e al suo esito, ad esempio, chiamando in causa il senso di colpa che Giulia potrebbe vivere nel momento in cui è chiamata a togliere qualcosa all'altro: ci sembra suggestivo, in questa ottica, ricordare che la signora era l'ultima di otto fratelli.

La richiesta al supervisore si focalizza inizialmente sulla “tecnica” migliore da adottare per gestire (controllare) la presenza/assenza di Giulia. In modo analogo a quanto agito da Giulia nei suoi confronti, anche la psicologa chiede ad un terzo – in questo caso al supervisore – di non occuparsi di lei ma dell’altro (Giulia) e della sua disfunzionalità. Il richiamo alla tecnica e alla categoria “corretto-scorretto” sembra essere, almeno nella prima fase degli incontri di supervisione, la sola modalità accessibile alla psicologa per tutelare la propria identità e sopravvivere alla confusività vissuta nei confronti della situazione.

D’altro canto, fin quando l’obiettivo del tirocinio è principalmente quello di *fare* il tirocinio, accumulare cioè ore e pazienti al fine di sperimentare e padroneggiare un armamentario tecnico, è inevitabile che l’unico esito possibile sia una relazione dai ruoli rigidi e definiti, in cui non si può che chiedere all’altro di corrispondere alle richieste di un assetto organizzativo standardizzato (Pennella, 2013): l’impossibilità di ottenere tale esito genera frustrazione, impotenza e rabbia. Il cambiamento può avvenire solo nel momento in cui si rendono pensabili le fantasie sottese alla relazione.

Nella situazione di cui si sta parlando, ciò è stato possibile grazie alla resocontazione a cui la psicologa è stata invitata dal supervisore. La richiesta di dettagliare quanto accaduto per discuterne insieme ha infatti gradualmente consentito alla specializzanda di risignificare la propria esperienza e di coglierne aspetti particolarmente rilevanti. Tra l’altro, il bisogno di essere riconosciuta dall’ente formativo e dal gruppo di formazione – ma anche dalla stessa Giulia – come psicoterapeuta e la conseguente necessità di ricondurre forzatamente questa ultima alla categoria dei pazienti. Il fatto di aver proposto un lavoro individuale senza una preliminare riflessione sulla richiesta e sulla domanda della signora agiva infatti il bisogno della psicologa di essere *presente* nella relazione con Giulia solo a *suo* modo, un modo a cui la signora avrebbe dovuto accomodarsi per darle la possibilità di esistere in quanto psicoterapeuta. L’invito a resocontare diviene pertanto un invito ad implicarsi nella relazione, a leggerne le emozioni, a sfuggire alla semplicistica dicotomia giusto/sbagliato per aprirsi ad una esperienza realmente trasformativa. Resocontare l’esperienza e discuterne in supervisione ha reso cioè possibile alla psicologa pensare ciò che si stava agendo, non ultimo quello di chiedere ad un terzo di risolvere la propria incertezza e confusione.

Il modo in cui si conclude la storia suscita però una serie di interessanti interrogativi.

Giulia cessa infatti ogni contatto dopo aver ricevuto dalla psicologa l’indicazione di chiamare la segreteria dello sportello per fissare un appuntamento per il figlio. Ma non era stata questa la sua richiesta iniziale? Che senso ha avuto dirle di ritelefonare allo sportello? Rispondere in questo modo alla richiesta è stata l’ennesima conferma che l’altro era pronto ad abbandonarla o ha dato a Giulia la sensazione di essere stata, anche se a fatica, finalmente ascoltata dalla psicologa? Queste e molte altre domande ancora potrebbero essere formulate rispetto alla situazione e alla sua conclusione, domande a cui è però arduo dare risposta.

Ma è realmente necessario risolvere ogni nostro dubbio? Se è vero, come afferma Pier Francesco Galli (2006), che la psicoterapia è il “mestiere dell’incertezza” non sarebbe utile sviluppare la nostra capacità di convivere con l’indeterminatezza? Modificare quindi le nostre categorie?

Considerazioni conclusive

Nella intrecciata storia di Giulia e della specializzanda è possibile rilevare la costante ricerca di sicurezze e punti fermi a fronte dell’incertezza verso una realtà sentita come minacciosa e imprevedibile: l’urgenza di Giulia di trovare un riferimento “sentimentale” a cui appoggiarsi per lenire l’ansia rispetto alla propria sussistenza fa infatti da contraltare all’urgenza con cui la specializzanda chiede al supervisore di ridurre la sua confusione rispetto alla imprevedibilità dell’altro. Sebbene entrambe le relazioni – quella di Giulia con la psicologa e quella della psicologa con il supervisore – fossero volte ad accogliere e comprendere altre relazioni “illuminandone le riverberazioni emozionali, cognitive e affettive [...] a partire da quanto si evidenzia e si ri-presentifica nel qui ed ora dell’elaborazione condivisa” (Ardizzone, 2009, p. 125), nel caso di Giulia non si è stati in grado di contenere e ri-significare la sua domanda di intervento. A prescindere infatti dalle difficoltà di Giulia ad accostarsi in modo critico alla funzione genitoriale, è la sua alterità nei confronti del ruolo

precostituito di paziente a non essere stato oggetto di riflessione da parte della specializzanda, forse troppo concentrata sulla *sua* necessità di avere una paziente.

Torniamo dunque alla questione da cui siamo partiti.

Se si pensa al tirocinio nella formazione alla psicoterapia come ad un'esperienza tesa a promuovere l'acquisizione di una determinata tecnica psicoterapeutica, la situazione descritta non può che essere giudicata insoddisfacente. Se il fine del tirocinio è infatti quello di esercitarsi a *fare* qualcosa, allora non si può che riconoscere il carattere fallimentare di una situazione che non ha consentito alla specializzanda di accumulare l'esperienza necessaria a padroneggiare una determinata tecnica¹⁰. Di fatto, la specializzanda non ha avviato alcuna psicoterapia e non ha nemmeno utilizzato in modo appropriato uno specifico modello di intervento clinico.

Se pensiamo invece che il tirocinio debba essere un'esperienza che permetta allo specializzando di porre in discussione e trasformare il proprio modo di sentire e pensare la situazione clinica, di interrogarsi sul modo con cui personalmente concorre al processo, allora ciò che abbiamo descritto è stato tutt'altro che fallimentare per la psicologa: non solo è riuscita infatti a risignificare gli eventi e le proprie emozioni, ma è stata anche in grado di assumersi il ruolo di attrice dell'esperienza di tirocinio, questa ultima intesa sia come colloquio che come supervisione.

Al di là dell'opinabile divaricazione che stiamo proponendo, il punto è la necessità di sviluppare una riflessione sul modo con cui si propone e si eroga il tirocinio nella formazione alla psicoterapia, non solo perché ciò si riverbera sull'assetto organizzativo delle scuole di specializzazione ma anche e perché si tratta di modalità che veicolano modelli e concezioni diverse della psicoterapia. Quanto più si configura infatti l'altro come *oggetto* distinto e distinguibile dal terapeuta su cui questo ultimo deve e può intervenire con specifiche tecniche, tanto più si è indotti a connotare il tirocinio come una esperienza deputata alla acquisizione di strumenti da applicare, al contrario, quanto più si considera l'altro *parte* di un sistema in cui il terapeuta è intimamente coinvolto, tanto più si è propensi a considerare il tirocinio un'esperienza focalizzata sul modo con cui ci si implica nel processo. D'altronde, se il tirocinio prepara all'esercizio di un determinato mestiere o professione, come è possibile parlarne senza interrogarsi sul suo significato e coerenza con la professione e il tipo di professionista che si vuole formare?

Bibliografia

Berdini, G., & De Bernardinis, D. (1991). Riflessioni sulla formazione professionale dello psicologo clinico [Reflections on the training of the clinical psychologist]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 60-67.

Bernard, J.M., & Goodyear, R.K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision*. Boston: Allyn & Bacon.

Bernardini, S., & Giornetti, A. (2009). Il tirocinio presso le strutture sanitarie e di salute mentale [Practical training in general health and mental health facilities]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 25-26. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R. (1997). (Ed.). *Formarsi in psicologia clinica* [Training in clinical Psychology]. Roma: Kappa.

Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale [Hospital traineeship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica>

¹⁰ Naturalmente con ciò non vogliamo negare che si possa apprendere dai propri errori, il punto del discorso rimane però l'oggetto dell'esperienza di tirocinio.

- Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni* [The training to clinical psychology: Thinking emotions]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The Emotional Textual Analysis. A tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2009). Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica [Training aims and method: thinking emotions within the clinical relationship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-33. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Castelli Gattinara, E. (1998). Con esperienza [With Experience]. *Aperture*, 5, 5-8. Retrieved from <http://www.aperture-rivista.it>
- Cordella, B. (2008). Resocontare il tirocinio pre-lauream: l'esperienza di tutoring nelle tesi triennali [Reporting the pre-degree practical work: the experience of tutoring on the 3-year degree thesis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 207-211. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Devoto, G. (1968). *Dizionario etimologico* [Etymological dictionary]. Firenze: Le Monnier.
- Gill, M.M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *The International Review of Psychoanalysis*, 11, 161-179.
- Grasso, M. (2004). *Psicologia Clinica e Psicoterapia: Teoria e tecnica dell'intervento psicologico* [Clinical Psychology and Psychotherapy: Theory and technique of psychological intervention]. Roma: Kappa.
- Migone, P. (1999). Un panorama sui principali modelli dimensionali della personalità [An overview on the main dimensional models of personality]. *Il Ruolo Terapeutico*, 111, 43-59. Retrieved from <http://www.psychomedia.it>
- Pennella, A.R. (2008). *L'interazione clinica: Dall'oggetto alla tecnica di intervento* [The clinical interaction: From the object to the technique of intervention]. Milano: FrancoAngeli.
- Pennella, A.R. (2013). *Il luogo delle storie e dintorni: Il setting in psicoterapia psicoanalitica* [The place of stories and surroundings: Setting in psychoanalytic psychotherapy]. Milano: FrancoAngeli.
- Pennella, A., & Cordella, B. (2011). Esperienze e rappresentazione della supervisione in psicologia clinica [Experiences and representation about supervision in clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia Oggi*, 3 (3-4), 24-38.

Reflections on the role of “Group Skin-Ego” with psoriatic patients: An experience of limited-time group psychotherapy .

*Antonella Demma**, *Erica Picano***, *Patrizio Sedona****, *Ivan Ambrosiano*****, *Chiara Nicolini******,
*Mara Maccarone******

Abstract

Psoriasis is a chronic and debilitating skin disease in which patient care should include not only the treatment of epidemic damaged area but also a psychological support. We analyzed the dynamics, evolution and outcomes of a small homogeneous, dynamic and relational group, for patients with psoriasis. For the study of developments in climate of the group, in management of emotions and in quality of life were used, respectively: the Group Climate Questionnaire (GCQ), the Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) and the Quality of Life Index (DLQI). The sample of participants in group meetings, compared to control, reported an improvement in both quality of life and ability to express emotions. In addition, the analysis of group dynamics report, highlights the continuing meetings, an increase of cohesion and a decrease of avoidance among group members, with the emergence of individual identity, including but not confined only to the condition of "sick".

Keywords: group psychotherapy, psoriasis, effectiveness, emotions, quality of life.

* Psicologo, Psicoterapeuta

* Medico Dermatologo, Unità Operativa di Dermatologia O. C. R. SS. Giovanni e Paolo di Venezia, Ulss 12 Veneziana

** Medico Dermatologo, Presidente A.D.O.I. Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani

* *** Ivan Ambrosiano, Psicologo, Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Socio AS.VE.GR.A. e CO.I.R.A.G.

* **** Chiara Nicolini, Psicoterapeuta, Membro associato Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica

***** Mara Maccarone, Presidente A. DI. PSO. (Associazione per la difesa del paziente psoriasico), Presidente Pan European Psoriasis Organization Forum, Membro E.P.F. (European Patients' Forum)

Riflessioni sul ruolo dell' Io pelle gruppale con pazienti affetti da psoriasi: Un'esperienza di psicoterapia di gruppo a tempo limitato.

*Antonella Demma**, *Erica Picano***, *Patrizio Sedona****, *Ivan Ambrosiano*****, *Chiara Nicolini******,
*Mara Maccarone******

Abstract

La psoriasi è una malattia della pelle cronica ed invalidante per la quale la cura del paziente dovrebbe includere non solo il trattamento della superficie epidemica danneggiata ma anche un supporto di tipo psicologico. Si sono analizzate dinamiche, andamento ed esiti di un piccolo gruppo omogeneo per patologia ad indirizzo dinamico relazionale, riservato a pazienti affetti da psoriasi; per lo studio dell'andamento del clima di gruppo, della gestione delle emozioni e della qualità di vita si sono usati rispettivamente: il Questionario sul Clima di Gruppo (GCQ), l'Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) ed il Quality of Life Index (DLQI). Il campione di soggetti partecipanti agli incontri di gruppo, rispetto ad un campione di controllo, riporta un miglioramento sia nella qualità della vita che nella capacità di esprimere emozioni. Inoltre, l'analisi delle dinamiche di gruppo evidenzia, con il proseguire degli incontri, un aumento della Coesione ed una diminuzione dell'Evitamento tra i membri del gruppo, con l'emersione delle singole identità che comprendono, ma non si riducono più alla sola condizione di "malato".

Parole chiave: Psicoterapia di gruppo, psoriasi, efficacia, emozioni, qualità di vita.

* Psicologo, Psicoterapeuta

* Medico Dermatologo, Unità Operativa di Dermatologia O. C. R. SS. Giovanni e Paolo di Venezia, Ulss 12 Veneziana

** Medico Dermatologo, Presidente A.D.O.I. Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani

* *** Ivan Ambrosiano, Psicologo, Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Socio AS.VE.GR.A. e CO.I.R.A.G.

* **** Chiara Nicolini, Psicoterapeuta, Membro associato Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica

***** Mara Maccarone, Presidente A. DI. PSO. (Associazione per la difesa del paziente psoriasico), Presidente Pan European Psoriasis Organization Forum, Membro E.P.F. (European Patients' Forum)

La cornice

Il presente contributo nasce con la finalità di promuovere uno spazio di riflessione sull'utilizzo del gruppo omogeneo per patologie fisiche croniche ed invalidanti come la psoriasi. In particolare la nostra esperienza nasce dalla collaborazione tra due differenti realtà: l'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale San Giovanni e Paolo di Venezia e l' A. DI. PSO., Associazione per la difesa del Paziente Psoriasico. Nella moderna pratica medica- dermatologica- l'uso di medicinali sempre più all'avanguardia e capaci di favorire la remissione della patologia, l'obbligo del rispetto di una tempistica (10 minuti) per ogni singola visita e protocolli standardizzati, possono finire per alimentare un'ottica oggettivizzante e riduzionistica del paziente psoriasico, parcellizzato e considerato solo in quanto “superficie epidermica danneggiata”- da qui indici come il PASI¹- e non alla luce del significato individuale che la malattia assume nella vita della persona. Nei pazienti psoriasici infatti numerose ricerche (Consoli, 2004) sottolineano presenza di umore depressivo e manifestazioni ansiose indipendenti dall'estensione o dalla gravità della patologia psoriasica stessa ed inoltre, la percentuale di una reale ideazione suicidaria rilevata negli psoriasici (7,2 %) e nei soggetti affetti da acne (5,6 %) è più elevata di quella rinvenuta in persone affette da altre patologie somatiche reputate più gravi (Consoli, 2004). Altresì, è lecito pensare che un approccio focalizzato sulla sola sfera organica della patologia possa rappresentare la conseguenza di una “dinamica difensiva dell'équipe curante” (Caneparo, 2010); l'oggettivazione del paziente diventa quindi strumento per prendere le distanze da un coinvolgimento emotivo rispetto alla malattia ed all'angoscia che essa evoca. Alla luce di quanto detto, risulta quindi fondamentale comprendere- al di là della manifestazione somatica- il “luogo” occupato dalla patologia psoriasica nella storia di vita del paziente, il quale osservato da questo punto di vista diviene “persona” e non solo sintomo. La cornice teorica alla quale facciamo riferimento è quindi quella dell'ascolto psicologico, rivolto al paziente psoriasico, non come qualcosa di isolato e distinto dalle altre componenti (mediche, assistenziali) ma come parte di un continuum che va dalla sfera somatica a quella psichica e viceversa.

Il paziente psoriasico: aspetti psicologici

La Psoriasi è una patologia cutanea caratterizzata dalla comparsa di chiazze arrossate e desquamanti (eritematodesquamative), con un decorso cronico e recidivante. In Italia, secondo lo studio Praktis², la psoriasi colpisce circa il 2.7% della popolazione adulta e vede la sua prima comparsa entro i 39 anni di età nel 59% dei casi con un picco tra i 20 ed i 39 anni; ad esserne colpito maggiormente è il sesso femminile (2.9%) rispetto a quello maschile (2.5%). Si annoverano diverse varianti cliniche della malattia:

- forme circoscritte a determinate aree del corpo (gomiti, ginocchia, dorso e cuoio capelluto);
- forme che interessano la quasi totalità della superficie corporea andando in molti casi a colpire

1 PASI (Psoriasis Area Severity Index) è un indice utilizzato in dermatologia per valutare la gravità della psoriasi e valutarne la progressione nel tempo e/o l'efficacia dei trattamenti effettuati.

2 Ricerca condotta dal Centro Studi GISED in collaborazione con la DOXA e con il Laboratorio di Epidemiologia Generale dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

anche le articolazioni (eritrodermia desquamativa/ psoriasi artropatica).

Numerosi studi (Bassi, Moretto, Carraro, & Lis, 1982; Idriss, Kvedar, & Watson, 2009; Janowski & Pietrzak, 2008) collocano la genesi della patologia psoriasica sia in fattori di natura genetica (circa il 30% dei soggetti affetti da psoriasi ha una storia familiare di malattia nei parenti di primo grado) sia in aspetti di natura psicologica che sembrano essere coinvolti nell'eziologia e nell'andamento della patologia. Bassi (1996, 2006) annovera la psoriasi nell'ambito delle "psicodermatosi pure" e numerosi altri studi ci descrivono il paziente psoriasico come un soggetto caratterizzato da un Io molto fragile, notevoli difficoltà nella vita affettiva ed emotiva (Nadalini et al., 1999; Kilic, Gulec, Gul, & Gulec, 2008) ipercontrollo e scarsa capacità di rappresentazione e simbolizzazione con prevalenza del pensiero operatorio su quello astratto (Savron, Montanaro, Landi, & Bartolucci, 2001). Tali caratteristiche di natura psicologica legate alla patologia sembrano giocare un ruolo preminente soprattutto in concomitanza con eventi di natura "stressante", ai quali l'affezione psoriasica sembra essere legata. Molti studi (Fava, Perini, Santonastaso, & Veller Fornasa, 1980; Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2009) infatti, senza tralasciare l'aspetto organico legato alla patologia, hanno sottolineato il ruolo che determinati fattori di natura stressante giocano sia nell'esordio che nell'aggravamento della manifestazione psoriasica. In particolare, sia lo studio effettuato da Manolache, Petrescu- Seceleanu e Benca (2010), che quello di Nadalini et al. (1999) hanno evidenziato la presenza di eventi stressanti precedenti l'esordio della patologia psoriasica nel 54% e nel 90% dei casi presi in esame. La ricerca effettuata da Nadalini et al. (1999) sottolinea come tali eventi, nel campione oggetto di studio, risultino significativi sia all'esordio della patologia che in recidiva.

Nello specifico si sono individuati raggruppamenti caratteristici di eventi secondo tipologie di stress:

- eventi di separazione e distacco (decesso, svincolo, autonomia, grave crisi sentimentale e/o coniugale) nel 62% dei casi soprattutto all'esordio;
- eventi che interessano la sicurezza o l'autostima (problemi economici, cambiamenti lavorativi: licenziamento, pensionamento), soprattutto in recidiva.

La comparsa della patologia è circoscritta in un arco temporale che va dai 15 giorni ai 6 mesi (nella maggior parte dei casi) dall'evento stressante; il tempo è tendenzialmente più dilatato in soggetti con familiarità positiva (Nadalini et al., 1999). Si ipotizza, da un punto di vista psicodinamico, che questa stretta relazione tra eventi stressanti e manifestazione psoriasica potrebbe essere legata all'incapacità da parte dell'Io di questi soggetti a metabolizzare ad un livello fantasmatico proprio quel carico di angoscia, frustrazione ed aggressività che tali eventi elicitano, trovando nella manifestazione psoriasica una risoluzione fittizia e supportata da meccanismi psicologici dispendiosi ed arcaici come la conversione fisiologica e l'isolamento. Altrettanto degne di nota sono le ricadute che la patologia psoriasica ha sulla "qualità di vita" dei soggetti che ne sono affetti.

Le ricerche in tale ambito hanno infatti evidenziato:

presenza di asocialità ed ansia legata ai rapporti umani (Marty, De M'Uzan, & David, 1963; Bassi, Moretto, Carraro, & Lis, 1982) con repressione di aggressività ed evitamento dei conflitti;

vissuto di stigmatizzazione (Basra, Chowdhury, Smith, Freemantle, & Piguet, 2011; Schmid-Ott, Schallmayers, & Calliess, 2007; Sigal & Consoli, 2004), sentimento che i soggetti affetti da psoriasi vivono indipendentemente dalle caratteristiche cliniche della patologia (visibilità delle lesioni o estensione). Esso risulta essere legato ad una preesistente fragilità narcisistica che porterà il soggetto psoriasico ad essere sensibile allo sguardo della gente impegnandolo nella costante ricerca di approvazione da parte degli altri; diminuzione dell'autostima, legata spesso all'impossibilità a causa delle lesioni psoriasiche a svolgere compiti quotidiani come maneggiare oggetti, stringere una mano o lavorare, con conseguente maggiore vulnerabilità a manifestazioni ansiose e depressive (Consoli, 2004-2005).

Alla luce di quanto illustrato, la psoriasi si presenta dunque come una patologia nella quale l'aspetto organico e quello psicologico risultano essere fortemente connessi e, a tal proposito, numerose ricerche sottolineano la necessità di un approccio "integrato" alla patologia che comprenda, oltre alla cura della superficie cutanea danneggiata dalla psoriasi, un supporto di tipo psicologico al paziente

255

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Demma, A., Picano, E., Sedona, P., Ambrosiano, I., Nicolini, C. & Maccarone, M. (2014).

Riflessioni sul ruolo dell'Io pelle gruppale con pazienti affetti da psoriasi: Un'esperienza di psicoterapia di gruppo a tempo limitato [Reflections on the role of "Group Skin-Ego" with psoriatic patients: An experience of limited- time group psychotherapy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 252-265. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

(Amatya & Nordlind, 2008; Janowski & Pietrzak, 2008).

Nascita del gruppo, setting e modello operativo

Presso l'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale San Giovanni e Paolo di Venezia è già presente da tre anni uno Spazio di Ascolto che offre supporto psicologico ad orientamento psicodinamico rivolto a pazienti affetti da psoriasi. Nonostante il buon riscontro che l'iniziativa riscuote tra i pazienti, con il passare del tempo come équipe curante ci si è chiesti se fornire solo un ascolto di natura individuale- seppur fondamentale- non fosse riduttivo. In particolare, le nostre riflessioni si sono orientate sulla possibilità di offrire al paziente psoriasico uno spazio nel quale non solo rendere “pensabile” la malattia ma anche poter uscire da quell'alone stigmatizzante che la patologia psoriasica porta con sé. Dovendo pensare ad un apparato ad orientamento analitico, si è deciso di adottare la formula del piccolo gruppo omogeneo per patologia, chiuso, a termine e ad indirizzo dinamico-relazionale focalizzato sull'elaborazione dei vissuti affettivi legati alla malattia. In particolare, la scelta di un indirizzo dinamico- relazionale è stata dettata dagli obiettivi che sin dal principio ci si è proposti: favorire l'accettazione della malattia, il recupero delle relazioni interpersonali, il miglioramento della qualità di vita e la nascita lenta e graduale del contatto con le proprie emozioni (Ustica, 2002). Il gruppo si configura infatti come un ambiente neutrale, un contenitore di esperienze, stati d'animo e considerazioni, all'interno del quale i pazienti possono scoprire di non essere “soli” o meglio, “i soli” ad aver provato, pensato e vissuto determinate problematiche, con conseguenti ripercussioni positive dal punto di vista psicologico (Di Maria & Lo Verso, 2002). All'interno della dimensione gruppale infatti, il senso di isolamento dal mondo esterno che spesso accompagna i pazienti psoriasici può essere dissolto e sostituito da aspetti di natura relazionale-supportiva i quali favoriscono l'emergere di nuove chiavi di lettura e nuovi vissuti. Anche la scelta di lavorare con un piccolo gruppo- dai 7 ai 10 partecipanti- chiuso e a termine è stata dettata dalle finalità alle quali gli incontri sono destinati. Un piccolo gruppo chiuso e a termine attiva infatti una rete affettiva e relazionale “forte” mettendo in gioco fattori terapeutici psico-sociali riguardanti l'universalizzazione del problema, l'informazione, il supporto interpersonale, l'altruismo e la coesione gruppale, “senza che si crei una profonda matrice gruppale inconscia e senza che si attivino fenomeni transferali visibili” (Ustica, 2002, p. 47). Inoltre, il limite temporale e la cadenza quindicinale degli incontri favoriscono sia l'aumento del ritmo di lavoro (MacKenzie, 1995) sia la fuoriuscita da fasi troppo prolungate di fusionalità proprie dei gruppi omogenei (Corbella, 2003). Riflessioni a parte meritano la scelta del “luogo” destinato al gruppo e la natura della conduzione. Per quanto concerne il primo degli aspetti, esso è stato ragione di numerosi momenti di confronto consci del fatto che non si aveva solo a che fare con un luogo fisico nel quale svolgere il gruppo ma anche e soprattutto con un fattore dall'importante valenza simbolica. Realizzare gli incontri all'interno dei locali dell'Ospedale avrebbe coadiuvato tra i membri del gruppo dinamiche difensive favorevoli l'aspetto sintomatologico a discapito degli aspetti emotivi legati alla patologia? Avrebbe significato sottolineare la loro stigmatizzante condizione di “malati”? Queste sono solo alcune delle riflessioni che alla fine hanno orientato la scelta su uno spazio esterno (locale appartenente alla municipalità); un luogo che potremmo definire “neutro” ma allo stesso tempo garante di privacy e costanza. Infine, la conduzione del gruppo ha rappresentato un altro aspetto cardine della nostra riflessione. Si è deciso di adottare il modello di conduzione effettuata in coterapia tra psicoterapeuta ed “esperto d'organo” (Fasolo, 2009); tale modalità, rispettosa delle reciproche competenze ma non vincolante, favorisce a nostro avviso l'integrazione non solo sul piano concreto ma soprattutto simbolico dei due aspetti, somatico e psichico, che caratterizzano la patologia psoriasica.

Il gruppo: emersione dei temi e dinamiche.

L'esperienza riportata fa riferimento agli incontri di gruppo iniziati nel mese di Ottobre 2011 e proseguiti a cadenza quindicinale fino al mese di Aprile 2012 (secondo il modello operativo sopra

descritto). La conduzione del gruppo era affidata ad una Psicoterapeuta ad orientamento Psicoanalitico e a due Dermatologi– tra cui il Direttore dell'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale San Giovanni e Paolo di Venezia- supervisionati da uno Psicoterapeuta Gruppoanalista. Il gruppo era formato da 10 pazienti, 6 donne e 4 uomini, affetti da psoriasi e appartenenti a “generazioni differenti” (Fasolo, 2009): qualcuno proveniente da passate esperienze di gruppo, qualcun altro già fruitore dello Spazio d'Ascolto ed anche alcuni appartenenti al canale Associativo (ADIPSO). I partecipanti sono stati selezionati con un colloquio iniziale che oltre ad essere esplicativo circa le finalità del gruppo ne andava ad indagare la motivazione alla partecipazione e l'assenza di eventuali sintomi di disagio psichico strutturato; il colloquio è stato effettuato dalla Psicoterapeuta conduttrice del gruppo. Per quanto concerne invece le variabili relative all'età anagrafica ed allo stadio di malattia, si è scelto di muoversi trasversalmente rispecchiando in un certo senso i “tempi e le modalità” con le quali la patologia psoriasica colpisce; il gruppo era infatti formato da pazienti di età compresa tra i 35 ed i 65 anni con manifestazioni cliniche che andavano da forme di psoriasi lieve a forme più gravi ed invalidanti (psoriasi artropatica). Nei primi incontri si è assistito a quello che Caneparo (2010) definisce “ la danza rituale di presentazione che transita attraverso il corpo ammalato ” la quale da un lato esprime un assetto difensivo rispetto alle ansie legate all'idea di entrare in un gruppo- assetto dal quale neanche i “veterani” sono esenti- dall'altro manifesta una sorta di diffidenza rispetto al percorso che si andrà ad intraprendere ed all'impegno emotivo che esso richiederà. Ad esempio il Signor M., alla sua prima esperienza, nel presentarsi al gruppo esordisce dicendo *che non sa come è che funziona questo corso; si è chiesto se portare o no un blocchetto per prendere appunti. A lui la psoriasi è venuta sui gomiti e sulle ginocchia e dopo vari tentativi con creme cortisoniche dai risultati deludenti è approdato a Venezia dal Dottor S., che con le lampade l' ha pulito....ora (mostrando le mani) ha solo un pochetto di psoriasi sulle unghie e sui gomiti (tirando su la camicia).* Il paziente quindi presenta al gruppo il suo corpo, sia baluardo di difesa che testimone di un destino che lo accomuna agli altri componenti del gruppo. Alla luce di quanto detto non sorprende il fatto che soprattutto nei primi incontri i pazienti sottopongano all'esperto d'organo numerose domande sulla patologia psoriasica e soprattutto sui trattamenti. Crediamo che la presenza dei due esperti d'organo abbia promosso e facilitato la discussione informata sulla malattia soprattutto nei suoi risvolti di natura medica, senza però tralasciare l'aspetto personale e relazionale. Gli incontri di gruppo hanno costituito infatti una buona cornice all'interno della quale sia i pazienti che i clinici specialisti in dermatologia hanno potuto sperimentare una nuova modalità comunicativo-relazionale basata sull'ascolto reciproco a più livelli, fonte di arricchimento per entrambe le parti. Una paziente a tal proposito scrive nell'ultima delle narrative (vedi Metodologia): *“mi è piaciuto in particolare l'intervento della Dott.ssa P. che ha testimoniato l'importanza da un punto di vista professionale che il gruppo le ha dato e che ha dato a noi”*. Nei primi incontri i pazienti si sono altresì molto interrogati sulle cause della malattia innescando modalità operative relative alla dinamica “causa-effetto” sorrette dal ricorso massiccio a meccanismi quali negazione e razionalizzazione. Il Signor A. alla sua seconda esperienza di gruppo, si presenta dicendo che lui... *non sa perchè la psoriasi gli è venuta fuori.. lui non ha mai subito stress nè dispiaceri... ha una vita, una famiglia ed un buon lavoro che lo appaga e lo gratifica... in passato ha sofferto molto, aveva l' artrite ... oggi invece con una “punturina” è passato tutto e lui la psoriasi si dimentica di averla... non ha avuto traumi.. nè altri casi in famiglia.. quindi non si spiega il perchè gli sia venuta fuori....* tranne poi dichiarare in un incontro successivo che non si sente mai “sereno”. Il compito dei conduttori è stato infatti quello di aiutare e supportare i pazienti, nel rispetto delle difese messe in campo, a compiere per quanto loro possibile un processo di svelamento delle loro paure ed angosce direttamente od indirettamente legate alla patologia. E' emersa a tal proposito nel corso degli incontri la differenza tra “essere malati” ed il “sentirsi malati” con vissuti di frustrazione legati soprattutto al mancato riconoscimento della loro sofferenza interiore; il sintomo da solo “segno” esterno assume ora una dimensione di “significato” ricondotto all'interiorità della persona. Il Signor P., alla sua terza esperienza di gruppo, frustrato per il mancato riconoscimento della sua condizione da parte dell'ambiente lavorativo sbotta: *“loro mi dicono che ora sono in piedi, l' artrite è passata.. posso lavorare, secondo loro.. ma io mi sento male... esteriormente non sto male, ma mi sento male...”*. Si è notato come man mano che i pazienti percepivano il gruppo come un “luogo sicuro” essi riuscivano a

portarvi all'interno la loro emotività, anche nei suoi aspetti più “pericolosi”. Il Signor F., dopo un ricovero vissuto negativamente, appare in gruppo piuttosto agitato e riesce ad esprimere tutta la sua rabbia e la paura per il futuro. Il gruppo accoglie tali tematiche, e le fa proprie tramite il meccanismo della risonanza (Pines, 2002) che permette agli affetti di tornare a circolare. Man mano la malattia è lasciata sullo sfondo, i partecipanti abbandonano la loro identità di psoriasici e divengono persone. La Signora V. dice di dover raccontare al gruppo una situazione che la “*occupa molto nella testa*”; nel dirlo il suo volto diventa paonazzo. I partecipanti al gruppo ascoltano in silenzio il racconto angosciante fatto dalla paziente- che nel pomeriggio aveva dovuto supportare una sua amica nel ricevere una diagnosi infausta- e con un'affettività viva e sentita, facendo riferimento anche ad esperienze personali, la invitano a “*proteggerci*”. La Signora si dice molto sollevata perchè ha potuto condividere con il gruppo qualcosa che avrebbe dovuto altrimenti tenere per sè: “*avevo mal di stomaco prima di arrivare qui.....*”. Nell'incontro successivo, comunica al gruppo di essere riuscita a “*proteggerci*”: è stata in grado di dire alla sua amica che non se la sentiva di accompagnarla; “*in passato avrei detto sempre sì e poi sarei stata male...*”. Il Signor Z. parla dei suoi problemi con il fratello e delle sue preoccupazioni per il figlio; si sfocia in discorsi politici, la tensione diventa palpabile. Emergono le “*persone*” con i loro credo, le loro convinzioni; il gruppo si “*smuove*” ma non si sfalda anche se, da parte dei conduttori aleggiano nella mente fantasie relative a risse e liti. All'ottava seduta di gruppo, si affronta il tema del suicidio; con grande sorpresa da parte nostra ciascun paziente ne ha fatto esperienza diretta attraverso una persona cara. L'aria nel gruppo diviene pesante; ciò che soprattutto la Psicoterapeuta vive con estrema difficoltà è la richiesta di una spiegazione razionale da parte dei componenti del gruppo. La situazione viene sbloccata dall'affetto nominato: uno dei co- conduttori condivide con il gruppo il suo stato di “*angoscia*”; a posteriori questo intervento ci riporta alla mente la questione della trasparenza (Yalom & Leszcz, 2005) come strumento utile a facilitare nei pazienti “*un'apertura*” sui propri stati emotivi. Nella seduta successiva si affronta infatti nuovamente lo stesso tema ed emerge la fantasia da parte di un componente del gruppo di aver fatto angosciare i conduttori con i suoi racconti. E' come se l' envelope, l'io-pelle gruppale - involucro narcisistico che avvolge i partecipanti alla ricerca di una esperienza di continuità tra pelle e sguardo del vicino (Anzieu, 1993) - potesse contenere e dare voce, senza rompersi nè creparsi, a ciò che fino ad allora appariva irrepresentabile ed intollerabile all'io pelle (Anzieu, 1985) del singolo. Soprattutto negli ultimi mesi prima della conclusione degli incontri il gruppo si è dovuto confrontare con molte assenze e due abbandoni dettati da situazioni di forza maggiore; le assenze hanno anche coinvolto uno dei conduttori. Si assisteva allora ad una sorta di “*bollettino*” degli assenti; la Psicoterapeuta informava i componenti del gruppo delle novità relative ai partecipanti che erano stati costretti ad assentarsi i quali, con telefonate ed sms, puntualmente informavano i conduttori. A posteriori riflettiamo sul significato della “*presenza nell'assenza*” che è riuscita a preservare i confini e l'integrità dell'enveloppe gruppale nonostante la mancanza fisica di alcuni componenti. Tale dinamica si è manifestata particolarmente in occasione dell'ultimo incontro. Un componente del gruppo, fattosi portavoce degli assenti, ha informato i conduttori sull'evolversi delle loro situazioni personali; si erano sentiti tra di loro più volte ripetutamente nelle settimane precedenti per organizzare la pizza di fine gruppo. Inoltre i conduttori avevano notato già da un po' movimenti di apertura tra i componenti del gruppo: prendere insieme il bus, scambi di telefonate etc ed è forse questa capacità di stringere legami nati nel gruppo- ma indipendenti sia dal suo termine temporale che dai conduttori- che ha permesso ai componenti di accettare con meno rabbia rispetto all'esperienza dell'anno precedente la fine del gruppo; rabbia espressa all'epoca nella parziale accettazione dell'assenza tecnicamente programmata dei conduttori alla cena di saluto. Forse era stato possibile per loro interiorizzare l'enveloppe?, emanciparsi dalla figura dei conduttori?. In occasione dell'ultima seduta l'arrivederci infatti è “*dolce*”; i partecipanti al gruppo portano dolci e spumante per festeggiare anche con i conduttori che non possono partecipare alla pizza di fine gruppo. Il tutto avviene in un'atmosfera rilassata, divertita, nella quale tutti collaborano, conduttori e partecipanti, proprio come fa un “*vero gruppo*” alla sistemazione del tavolo e delle vivande in un clima carico di caldo affetto.

Materiali e metodi

Si è deciso, alla luce della letteratura sull'argomento (Di Maria & Lo Verso, 2002; Ulnik, 2005), di indirizzare l'indagine su tre aspetti: clima di gruppo, gestione delle emozioni e qualità della vita. In particolare, per quanto concerne lo studio relativo al clima di gruppo si è utilizzato il Questionario sul Clima di Gruppo (GCQ) di MacKenzie (1981) nella sua versione italiana (Costantini et al., 2002). Il Questionario si presenta come un self report costituito da 12 item misurabili su una scala likert a 6 punti. La procedura di scoring prevede la somma dei punteggi degli item di ogni sottoscala. Il questionario presenta tre sottoscale: "Coinvolgimento", indicatore di coesione, es. *I membri si sono piaciuti e si sono presi cura l'uno dell'altro*; "Conflitto", indicatore di conflitto interpersonale, es. *C'è stato attrito e rabbia tra i membri*; "Evitamento", indicatore di riluttanza ad affrontare i problemi nel corso della seduta, es. *I membri hanno dipeso dal conduttore (i) per la direzione*. L'aspetto relativo alla gestione delle emozioni è stato invece indagato con l'utilizzo dell'Emotional Regulation Questionnaire di Gross e John (2003) nella sua versione italiana (Balzarotti, John, & Gross, 2010); il questionario- self report costituito da 10 items misurati su una scala likert a 7 punti- indaga le differenze individuali nella gestione delle emozioni focalizzando l'attenzione su due meccanismi: la soppressione (es. *Tengo i miei sentimenti per me*) e la rivalutazione (es. *Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a sentirmi meglio*) delle emozioni. Per l'indagine sulla qualità di vita ci si è invece avvalsi del Dermatology Quality of Life Index (DLQI) di Finlay e Khan (1992) nella sua versione italiana (Baranzoni et al., 2007). Lo strumento è un self report costituito da 10 domande riguardanti: sintomi e sentimenti, attività quotidiane, tempo libero, lavoro e scuola, relazioni personali e trattamento. Il partecipante può rispondere ad ogni domanda scegliendo tra 4 opzioni; ad ogni risposta è assegnato un punteggio che va da 0 a 3. I punteggi a tutte le domande vengono sommati in un punteggio totale che va da "0" - nessuna compromissione della qualità di vita - a "30" - massima compromissione della qualità di vita. Si chiede al partecipante di far riferimento all'ultima settimana es. *Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influenzato la scelta dei vestiti da indossare?* (item 4). Infine, è stato utilizzato il metodo qualitativo delle Narrative, libere espressioni scritte dai pazienti circa l'esperienza del gruppo (Bianchera & Vezzani, 2000). Le Narrative sono state richieste in occasione della prima, dell'ottava e dell'ultima seduta di gruppo; con la medesima cadenza temporale è stato somministrato ai partecipanti anche il GCQ. L'ERQ ed il DLQI invece sono stati sottoposti ai pazienti al primo ed al dodicesimo incontro di gruppo.

Partecipanti

Il campione era costituito da 10 pazienti (6 donne e 4 uomini), di età compresa tra i 35 ed i 65 anni ($M= 55.9$; $SD= 12.25$), reperiti all'interno dell'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale San Giovanni e Paolo di Venezia; 4 pazienti erano affetti da una forma di psoriasi medio-grave, 6 da manifestazioni psoriasiche circoscritte. Il gruppo di controllo, formato da 10 pazienti e reperito all'interno della medesima Unità Operativa, era costituito da soggetti psoriasici appaiati al campione per sesso, età e gravità della patologia. Il controllo non aveva mai partecipato né ad esperienze di gruppo né ad un percorso di consultazione presso lo Spazio d'Ascolto. Va inoltre precisato che, a causa di un prematuro abbandono degli incontri di gruppo da parte di 3 pazienti, la composizione del gruppo si è successivamente ridotta a 7 componenti; il confronto è stato quindi condotto tra: 7 pazienti partecipanti agli incontri di gruppo e 7 soggetti facenti parte del gruppo di controllo.

Risultati

Verranno riportati qui di seguito i risultati relativi ai questionari sopraccitati; considerando la ridotta numerosità del campione (7 partecipanti al gruppo terapeutico e 7 corrispondenti partecipanti del gruppo di controllo), non verranno condotte analisi statistiche ma verranno forniti solo dati descrittivi.

Il Questionario sul Clima di Gruppo (GCQ) evidenzia con il proseguire degli incontri, un aumento della Coesione (Figura 1) ed una diminuzione dell' Evitamento (Figura 2) tra i partecipanti. Alla luce di tali risultati ipotizziamo che, superate le iniziali e fisiologiche resistenze, il gruppo abbia trovato un buon equilibrio ed accorciato le distanze, soprattutto di natura emotiva, che inizialmente esistevano (evitamento $M=9.57$, $SD= 3.82$ alla prima somministrazione; $M= 6.42$, $SD= 5.16$ alla seconda somministrazione), favorendo lo sviluppo di un buon “clima” fondamentale soprattutto per i processi di confronto e rispecchiamento. Inoltre, con il proseguire delle sedute di gruppo i partecipanti mostrano di caratterizzarsi sempre più come “persone”, la cui identità comprende, ma non si riduce alla condizione di “malato”; la crescita della sottoscala Conflitto (Figura 3) nel corso delle sedute di gruppo evidenzia infatti come per i partecipanti sia stato possibile nel corso degli incontri condividere non solo “somiglianze” ma confrontarsi anche sulle reciproche “differenze”. Per quanto concerne invece l'analisi della qualità della vita (DLQI) e della gestione delle emozioni (ERQ), guardando alle medie descrittive si nota nei pazienti psoriasici partecipanti agli incontri di gruppo, a differenza del controllo, un miglioramento sia nella qualità della vita che nella capacità di esprimere emozioni. In particolare nel campione di pazienti affetti da psoriasi partecipanti agli incontri di gruppo vi è un miglioramento del punteggio totale del DLQI e di tutte le sue sottoscale (Figura 4) a fronte di un peggioramento nel gruppo di controllo (Figura 5) sia della qualità di vita percepita- DLQI totale- sia delle aree relative alla socializzazione (sottoscale Socializzazione e Relazioni personali) e percezione sintomatica (sottoscala Sintomi e Percezioni). Un ulteriore commento meritano i dati emersi dalla prima somministrazione del DLQI; il gruppo di soggetti partecipanti agli incontri ha infatti conseguito nel DLQI totale e nelle diverse sottoscale punteggi di partenza superiori rispetto al controllo. Si potrebbe ipotizzare che questa maggiore percezione della portata invalidante della psoriasi sulla qualità di vita abbia spinto i pazienti del “gruppo psoriasi” a partecipare agli incontri, a differenza del gruppo di controllo, formato da pazienti psoriasici che pur essendo informati sulle diverse iniziative- Incontri di Gruppo e Spazio di Ascolto- hanno liberamente deciso di non prendervi parte, forse proprio in virtù di un impatto della patologia sulla loro qualità di vita percepito come meno negativo. Inoltre, per quanto concerne la capacità di esprimere emozioni, si nota nel campione oggetto del nostro interesse una diminuzione del meccanismo di “soppressione” delle emozioni (Figura 6), a differenza del campione di controllo nel quale si assiste ad un andamento inverso (Figura 7). Alla luce di tali risultati il gruppo si conferma quindi non solo come luogo di incontro e confronto a supporto e miglioramento della gestione delle ripercussioni concrete e quotidiane della patologia ma anche come “cassa di risonanza” di una dimensione emotiva dalla quale la patologia psoriasica non dovrebbe mai essere considerata slegata.

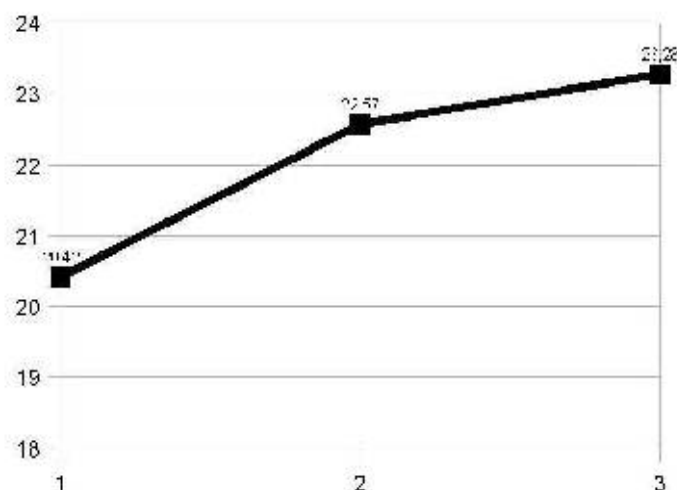


Figura 1. Sottoscala coesione

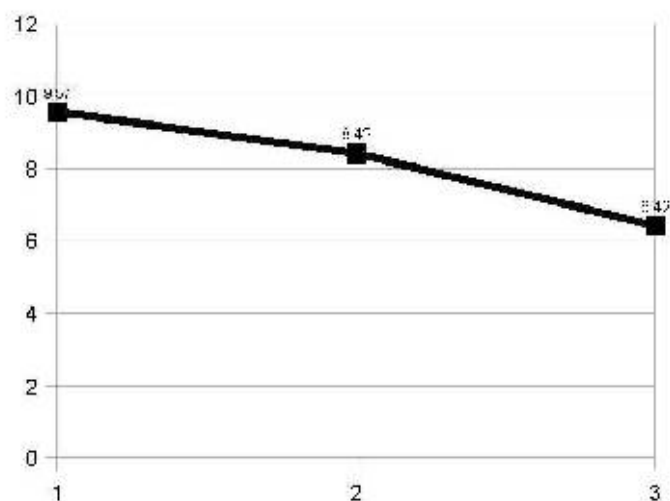


Figura 2. Sottoscala evitamento

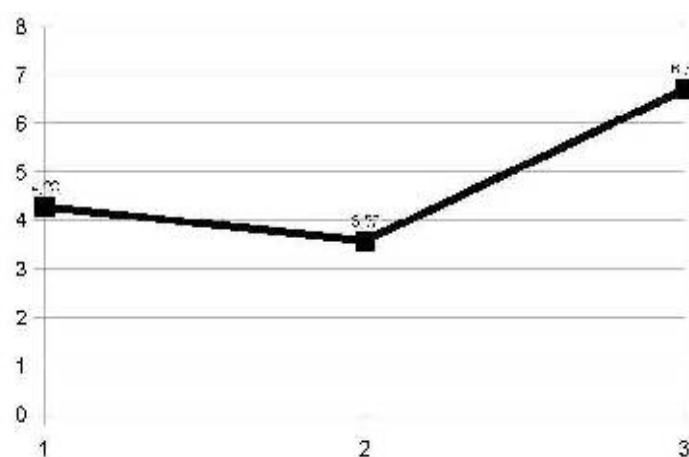


Figura 3. Sottoscala conflitto

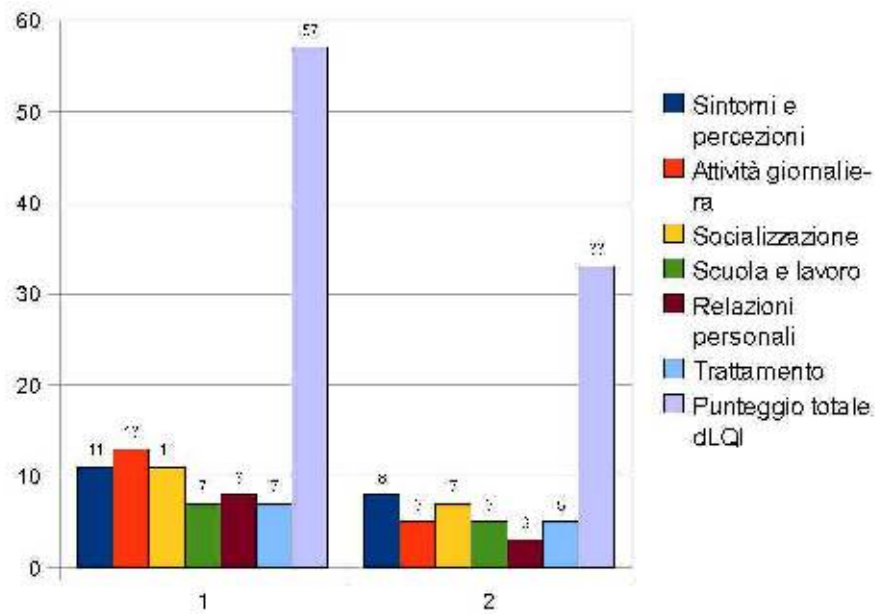


Figura 4. Gruppo Psoriasi (somministrazione 1 e 2)

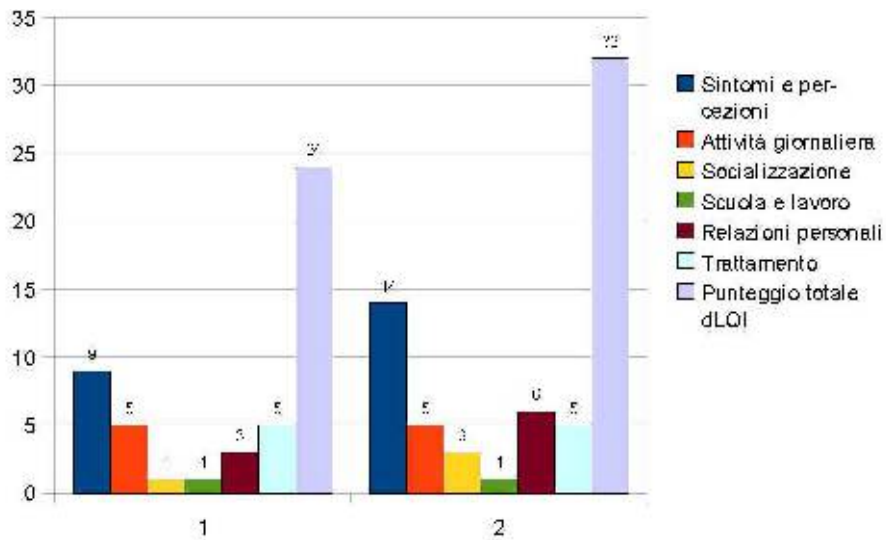


Figura 5. Gruppo Controllo (somministrazione 1 e 2)

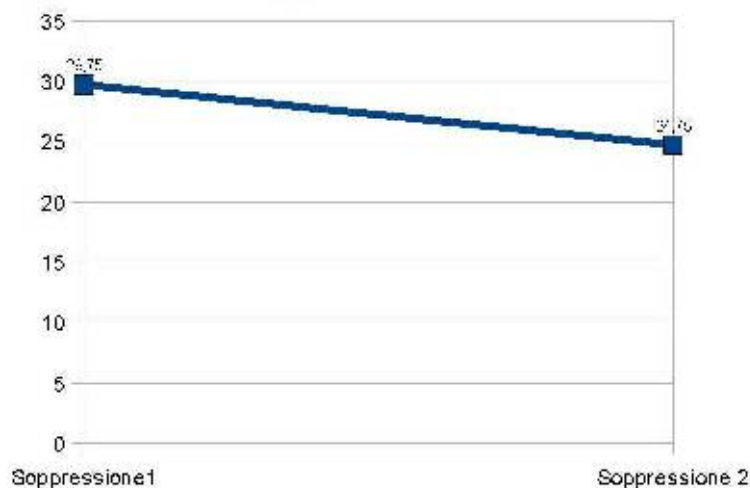


Figura 6. Gruppo Psoriasi: soppressione (somministrazione 1 e 2)

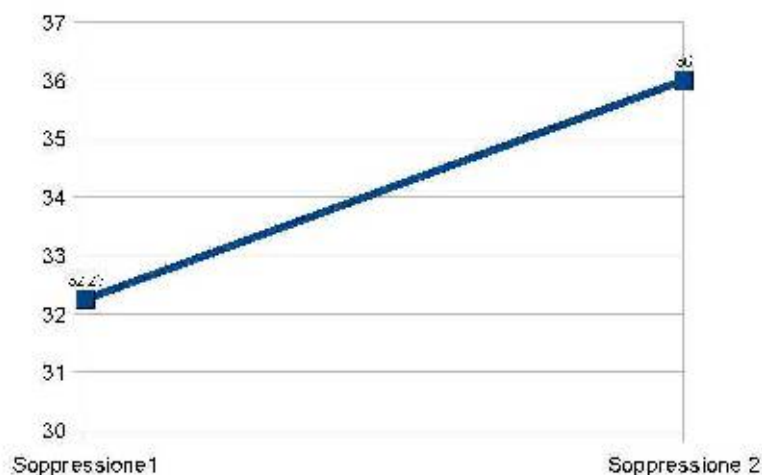


Figura 7. Gruppo Controllo: soppressione (somministrazione 1 e 2)

Conclusioni

L'esperienza descritta, per il suo carattere circoscritto sia nel tempo che nel numero dei partecipanti, non ha la presunzione di elevarsi ad approccio clinico ottimale per i pazienti affetti da psoriasi ma possiamo senza dubbio affermare che gli incontri di gruppo abbiano assunto per tutti- pazienti e conduttori- il carattere di una "scoperta". I conduttori per primi hanno conosciuto e forse "riconosciuto" per la prima volta delle persone e non solo dei pazienti; "*Penso di non avere mai visto degli psoriasici vestiti*" è stata la schietta affermazione di uno dei due co-conduttori dermatologi dopo il primo incontro di gruppo. I partecipanti, dal canto loro, in molti casi hanno scoperto di non essere "soli", rispecchiandosi in un altro "simile" che, però, non rimandava loro solo l'immagine di una superficie epidermica danneggiata. Nei sei mesi di incontri di gruppo le difficoltà non sono mancate; i conduttori durante le supervisioni si sono interrogati molte volte sul senso di ciò che stava accadendo, sul nome da dare a quella "corrente emotiva" che percepivano scorrere nel gruppo ma che non riuscivano a collocare e che alle volte hanno dovuto anche accettare di "non comprendere", di "sentire", senza interpretare. Crediamo che questa "tolleranza del limite"- espressa anche dalla sola

regola manifesta per i partecipanti del gruppo : “*ognuno partecipa come può e con quello che ha*”- abbia consentito la creazione di un *Io-pelle gruppale* (Anzieu, 1993) elastico e malleabile, in grado di contenere e proteggere, “senza strappi”, anche ciò che- in quel momento- non era possibile pensare.

Bibliografia

- Amatya, B., & Nordlind, K. (2008). Focus Group in swedish psoriatic patients with pruritus. *Journal of Dermatology*, 35(1), 1-5.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau* [The Skin-Ego]. Paris: Dunod.
- Anzieu, D. (1993). L'Io-pelle familiare e gruppale [Family and group skin-ego]. *Interazioni*, 7, 9-17.
- Balzarotti, S., John, O.P., & Gross, J.J. (2010). An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 61–67. doi:10.1027/1015-5759/a000009
- Baranzoni, N., Scalone, L., Mantovani, L.G., De Portu, S., Monzini, M.S., & Giannetti, A. (2007). Validazione della versione Italiana dell'Indice Dermatologico della Qualità di Vita [Validation of Italian version of Dermatological Index of Quality of Life]. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*, 142, 209-214.
- Basra, M.K., Chowdhury, M.M., Smith, E.V., Freemantle, N., & Piguët, V. (2011). Quality life in psoriasis and chronic hand eczema. The discrepancy in the definition of severity in NICE guidelines and its implications. *British Journal of Dermatology*, 10, 462- 463.
- Bassi, R., Moretto, R., Carraro, S., & Lis, A. (1982). La personalità del paziente psoriasico: ricerca in base a tests di intelligenza e personalità nella loro interpretazione psicodinamica [The personality of patient with psoriasis: research based on intelligence and personality tests according to a psychodynamic interpretation]. *Clinica Dermatologica*, 15, 391- 403.
- Bassi, R. (1996). *La ragazza che odiava gli specchi* [The girl who hated the mirrors]. Torino: Boringhieri.
- Bassi, R. (2006). *Psiche e Pelle. Introduzione alla dermatologia psicosomatica* [Psyche and skin. Introduction to psychosomatic dermatology]. Torino: Boringhieri.
- Bianchera, L., & Vezzani, B. (2000). *I sentieri della qualità. Soggettività e organizzazione nella cooperazione sociale* [The paths of quality. Subjectiveness and organization in social cooperation]. Padova: Unipress.
- Caneparo, R. (2010). “Va’ dove ti porta il cuore...”. Da cardiologo a psicoterapeuta: la nascita di un nuovo ruolo professionale, la nascita di un gruppo di psicoterapia per pazienti cardiopatici e le risonanze istituzionali ad esse conseguenti. *Gruppi*, 2, 47-60.
- Consoli, S.G. (2004-2005). *Le retentissement psychosocial des dermatoses* [Psychosocial impact of dermatologists]. Université Paris-VI: Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie.
- Corbella, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo* [Stories and places of the group]. Milano: Raffaello Cortina.
- Costantini, A., Picardi, A., Podrasky, E., Lunetta, S., Ferraresi, G., & Balbi, A. (2002). Questionario sul Clima di Gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo [Questionnaire on Group Climate: validation of a process measure for group psychotherapies]. *Rivista di Psichiatria*, 37, 14- 19.
- Di Maria, F., & Lo Verso, G. (2002). *Gruppi. Metodi e strumenti* [Groups. Methods and tools]. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fasolo, F. (2009). *Gruppoanalisi e salute mentale* [Group-analysis and mental health]. Padova: Cleup Editore.
- Fava, G.A., Perini, G., Santonastaso, P., & Veller Fornasa, C. (1980). Life events and psychological distress in dermatological disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *British Journal of Medical Psychology*, 53, 77-82. doi:10.1111/j.2044-8341.1980.tb02551.x
- Finlay, A.Y., & Khan, G.K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19, 210-216. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for

- affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Idriss, S.Z., Kvedar, J.C., & Watson, A.J. (2009). The role of online support communities: benefits of expanded social networks to patients with psoriasis. *Archives of Dermatology*, 145, 46-51. doi:10.1001/archdermatol.2008.529
- Janowski, K., & Pietrzak, A. (2008). Indication for psychological intervention in patients with psoriasis. *Dermatologic Therapy*, 21, 409- 411. doi:10.1111/j.1529-8019.2008.00223.x
- JanKovic, S. (2009). Relevance of Psychosomatic factors in psoriasis: a case-control study. *Acta Dermatovenereologica*, 89, 364- 368. doi:10.2340/00015555-0669
- Kilic, A., Gulec, M.Y., Gul, U., & Gulec, H. (2008). Temperament and character of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 537-542. doi:10.1111/j.1468-3083.2007.02460.x
- MacKenzie, K.R. (1981). Measurement of Group Climate. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 287- 295.
- Mackenzie, K.R. (1995). *Effective use of group therapy in managed care*. Washington: American Psychiatric Press.
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2009). The psychological sequelae of psoriasis: result of a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 150- 161. doi:10.1080/13548500802512294
- Manolache, L., Petrescu-Seceleanu, D., & Benea, A. (2010). Life events involvement in psoriasis onset/recurrence. *International Journal of Dermatology*, 49, 636-641. doi:10.1111/j.1365-4632.2009.04367.x
- Marty, P., De M' Uzan, M., & David, C. (1963). *L' investigation psychosomatique* [Psychosomatic investigation]. Paris: PUF.
- Nadalini, L., Barba, A., Bravi, E., Meloni, G., Trabucco, G., Cordioli, N., ... Ferrari, G. (1999). Eventi stressanti e funzione del ricovero nei pazienti psoriasici degenti: uno studio psicologico-clinico [Stressful events and recovery function in inpatients with psoriasis]. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*, 134, 427-433.
- Pines, M. (2002). Il contributo del rispecchiamento e della risonanza al dialogo psicoanalitico e gruppoanalitico [The contribution of mirroring and resonance in psychoanalytic and group-analytic dialogue]. *Rivista di Psicoanalisi*, 2, 403- 411.
- Savron, G., Montanaro, R., Landi, G., & Bartolucci, G. (2001). Aspetti psicologici in soggetti affetti da psoriasi e alopecia areata: uno studio controllato [Psychological aspects in people with psoriasis and alopecia areata: a controlled study]. *Rivista di Psichiatria*, 36, 135- 145.
- Schmid-Ott, G., Schallmayers, S., & Calliess, I.T. (2007). Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clinics in Dermatology*, 25, 547-554. doi:10.1016/j.clindermatol.2007.08.008
- Sigal, M.L., & Consoli, S. (2004). *Psoriasis. Un manteau de peau rouge* [Psoriasis. A cover of red skin]. Paris: Editions du L'ayeur.
- Ulnik, J. (2005). *El psicoanalisi y la piel* [Psychoanalysis and skin]. Madrid: Editorial Sintesis.
- Ustica, G. R. (2002). Il gruppo omogeneo in psicoterapia analitica [The homogeneous group on analytic psychotherapy]. In F. Di Maria, & G. Lo Verso (Eds.) *Gruppi. Metodi e strumenti* (pp. 45- 102). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of Group Psy* (5th Edition). New York: Basic Books.

A research-intervention with the Municipal Libraries of Rome as a place of social coexistence in the city: Librarians and clients' expectations in comparison

Rosa Maria Paniccia^{*}, *Cecilia Sesto*^{**}

Abstract

This paper explored the relationship between clients and Municipal Libraries of Rome, with attention to the role of libraries as places of social coexistence. In particular, the aim was to understand whether libraries are contexts based on inclusion assimilating differences or on integration oriented to know them. Two textual corpora were analyzed, which were obtained through both individual interviews to librarians and focus groups addressed to clients. The corpora were separately analyzed by AET, Emotional Text Analysis. According to AET emotions expressed by language are a key organizer of relationships. Integration and inclusion were both present, both in librarians and clients. Inclusion was combined with the transmission of knowledge and culture without innovation, with the individualistic appropriation of knowledge which redeems oneself from exclusion, with a feeling dealing with a dramatic absence of rules and culture. Integration was always combined with the production of knowledge, cultures and identities. This research study aims to provide potential criteria for recognizing, differentiating, relating and enhancing opportunities for inclusion and especially integration in the librarians-clients relationship.

Keywords: public libraries; integration; inclusion; anomie; coexistence.

^{*} Professore associato MPSI08, Dipartimento 42 - "Sapienza"-Roma; email: rasamaria.paniccia@uniroma1.it

^{**} Psicologa clinica, docente di SPS Corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica; email: sestoce@alice.it

Una ricerca-intervento con le Biblioteche Comunali Romane come luogo di convivenza nella città: Attese di Bibliotecari e Clienti a confronto.

Rosa Maria Paniccia^{}, Cecilia Sesto^{**}*

Abstract

In questo lavoro si esplora la relazione tra Biblioteche Comunali Romane e Clienti, con attenzione alla funzione delle Biblioteche come luoghi di convivenza. In particolare, si rileva quanto siano contesti fondati sull'inclusione che assimila differenze, o sull'integrazione che intende conoscerle. Vengono analizzati due corpus testuali, ottenuti tramite interviste singole rivolte ai Bibliotecari e focus group rivolti ai Clienti. I corpus sono stati sottoposti separatamente ad AET, Analisi Emozionale del Testo. AET ipotizza che le emozioni espresse nel linguaggio siano un organizzatore fondamentale della relazione. Integrazione e inclusione sono entrambe presenti, sia in Bibliotecari che in Clienti. L'inclusione si coniuga con la trasmissione di saperi e culture senza innovazione, con l'appropriazione individualistica di saperi che riscattino dall'esclusione, con un sentimento di una drammatica assenza di regole e cultura. L'integrazione si coniuga sempre con la produzione di saperi, culture e identità. La ricerca intende dare criteri perché nella relazione Bibliotecari/Clienti sia possibile riconoscere, differenziare, mettere in relazione e potenziare occasioni di inclusione e soprattutto di integrazione.

Parole chiave: biblioteche pubbliche; integrazione; inclusione; anomia; convivenza.

* Professore associato MPSI08, Dipartimento 42 - "Sapienza"-Roma; email: rasamaria.paniccia@uniroma1.it

** Psicologa clinica, docente di SPS Corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica; email: sestoce@alice.it

Premessa

Ci dedichiamo da anni a una psicologia clinica che interviene entro le relazioni sociali. Oggi ci occupiamo di convivenza entro il dilagare di un'anomia emersa all'inizio degli anni Novanta. Le nostre ricerche sulla cultura italiana fino a quel momento bilanciavano le attese di successo riferite alla competenza e quelle riferite all'appartenenza a gruppi di potere. Dopo quella data la seconda variabile prevale sulla prima, rendendo la competenza marginale. In contemporanea, secondo i nostri dati, tutte le agenzie sociali perdono reputazione, dai servizi pubblici di ogni tipo, alle imprese private, alla chiesa; solo la famiglia sopravvive. Rimandando da un lato a una cultura familista in espansione, dall'altro alla famiglia nucleare tradizionale sovraccaricata di funzioni di welfare, ma in profonda crisi e isolata entro il contesto sociale più ampio, con cui quando entra in rapporto è in conflitto¹. Al tempo stesso la competenza relazionale, che chiamiamo organizzativa per l'importanza di una sua contestualizzazione produttiva, soffre di analfabetismo di ritorno. Entro contesti profondamente disorientati cresce il rischio di emarginazione di categorie, sempre più estese, di persone con potere debole².

Considerate tali questioni, esploriamo le Biblioteche Comunali Romane come luogo di incontro e convivenza. Alcune note sulle Biblioteche italiane. Viste come componente del welfare, le si incarica di promuovere un diritto di accesso alla cultura e alle informazioni universalista, riferito ai valori di assenza di censura e di libertà di espressione degli individui, a loro volta basati sull'art.19 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo³. L'Unesco (1995), parlando delle Biblioteche, afferma che conoscenza e informazione devono essere disponibili senza ostacoli e censure: il cittadino ben informato garantisce libertà, benessere, sviluppo. Tale missione è resa più complessa dal "divario digitale" evidenziatosi nel 1993, con le autostrade digitali promosse dagli USA. Dati Istat (2014) sulla banda larga pongono l'Italia agli ultimi posti in UE. La Biblioteca deve mettere a disposizione anche strumenti digitali; si parla di passaggio dalla società dell'informazione a quella della conoscenza. Al contempo vanno mantenute e sviluppate tradizioni orali per la conservazione e promozione di culture locali (IFLA, 2001/AIB, 2002b).

In poche righe si riassumono molte questioni: la prevalenza dei valori sulle strategie; tra i valori, la centralità dell'autonomia individuale; il digitale come rivoluzione perché senza categorie di lettura condivise; l'attenzione alle culture locali e alla parola detta oltre che a quella scritta, il che comporta la funzione autorale dei frequentatori delle Biblioteche, a sua volta rivoluzionaria. Tentano un ingresso modelli meno semplificanti del trasferimento di una cultura data, conclusa, a singoli individui entro una relazione a una via. Nel passaggio da società dell'informazione a quella della conoscenza c'è scambio tra persone e attenzione all'uso che fanno dell'informazione; alla trasmissione di saperi e culture si affianca la produzione. Emerge l'antinomia tra autonomia dell'individuo, e relazione entro cui c'è scambio produttivo di cultura. I modelli individualisti sono molto più consolidati⁴. L'Ifla/Faife (AIB, 1999) parlando di libertà intellettuale, mette in rapporto biunivoco con la privacy e l'anonimato degli utenti non solo la difesa, ma anche la promozione del diritto alla conoscenza e all'espressione delle opinioni. In *The Copenhagen Declaration* (PubliCa, 1999),

¹ Sulla famiglia in crisi, incaricata di occuparsi dei suoi membri in difficoltà vedi Paniccia, Giovagnoli, Bucci & Caputo, e Paniccia, Giovagnoli & Caputo; ricerche in corso di stampa. Sulla domanda dei cittadini che chiedono che si intervenga su una situazione di profonda anomia, vedi Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli & Sesto, in questo stesso numero della *Rivista*.

² Consideriamo la crisi attuale come culturale e non economica, anche se in stretto rapporto con il prevalere dell'economia finanziaria; per la sua incidenza sulla convivenza vedi Paniccia (2013).

³ Adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1948; risponde alle atrocità della Seconda guerra mondiale. L'articolo 19: "Ogni individuo ha diritto alla libertà di opinione e di espressione, incluso il diritto di non essere molestato per la propria opinione e quello di cercare, ricevere e diffondere informazioni e idee attraverso ogni mezzo e senza riguardo a frontiere". Dopo i violenti totalitarismi della grande guerra si rilancia il valore dell'individuo insieme alla diffidenza nei confronti dei poteri centralizzati (Paniccia, 2013).

⁴ Per una lettura della categoria emozionale individuo/individualismo come organizzatore fondante della nostra cultura, vedi Paniccia, 2013.

nell'emergere della società dell'informazione, si pone il problema di tutelare sia le identità delle comunità che le diversità culturali, e quello del difficile equilibrio tra creatori e fruitori dell'informazione. Ritornano le questioni della trasmissione di saperi dati o della loro produzione, e quella dell'assimilare differenze culturali o dell'interagirvi esplorativamente. L'IFLA⁵ (IFLA, 2002a,b/AIB, 2002a, 2003)⁶ ribadisce l'estendere l'accesso a internet; fronteggiarne la novità fa prevalere i doveri di tutela dei diritti individuali e il relativo controllo sulla produzione di cultura. Le Biblioteche debbono tutelare, aiutare, rendere responsabile l'individuo; ne va tutelata la scelta, la riservatezza, va aiutato a imparare a usare internet in modo "efficace ed efficiente", ad avere un accesso "responsabile". Ma il divario digitale, che pure va considerato, è inequivocabilmente una questione culturale e non individuale. L'antinomia individuo/relazione costella i documenti sul tema. Il Manifesto di Alessandria (IFLA, 2005/AIB, 2005) dice che le Biblioteche devono rispondere alle richieste e alle necessità specifiche dei singoli individui; ciò "va completato" con la trasmissione generale della conoscenza, con l'affrontare il divario digitale, con il promuovere multilinguismo, diversità culturale, minoranze. Il completare presuppone una continuità di modelli di intervento tra individuo e culture tutt'altro che ovvia. L'antinomia individuo relazione si ritrova nella letteratura internazionale. Ci si accorge della rilevanza delle culture: si dice che le Biblioteche sono vissute dai bibliotecari come scontatamente finalizzate all'inclusione, mentre il vissuto di esclusione non è il medesimo tra loro e gli utenti. I bibliotecari hanno introiettato culture di cui non sanno nulla, che sono una seconda natura. Si capiscono perfettamente con gli utenti della classe media di cui parlano lo stesso linguaggio; non con molti altri. Un'altra cultura introiettata è la personalizzazione del servizio (ovvero fondata sull'individuo) invece dell'attenzione alla domanda (ovvero alla relazione) per pianificare poi il servizio. Si tratterebbe di *becoming active listeners instead of disseminators of information* (Williment, 2008). Al contempo si torna all'individuo e a speranze di sviluppo riferite all'empatia dei bibliotecari, una qualità personale e accontestuale (Birdi, Wilson & Cocker, 2008).

All'accentuato divario digitale, in Italia si aggiunge una storica depressione nella lettura. Si dice che ha pochi lettori, ma "forti": chi legge 12 libri all'anno (non sembra un dato che mostri un sostanziale legame tra persona e lettura). Non ci sono indagini sull'uso di tale lettura (sarebbe fondamentale sapere cosa chi legge pensa di fare della lettura.). Gli uomini adulti risultano i meno lettori: questo pare il dato più significativo: lettura e potere sociale sono variabili indipendenti⁷. La situazione tende al peggioramento⁸. Anni di disinvestimento sulla competenza e la perdita di funzione di ascensore sociale della formazione scolastica e universitaria presentano il conto. Il rapporto CNEL/ISTAT del 2013 sul benessere in Italia afferma: "L'istruzione, la formazione e il livello di competenze influenzano il benessere delle persone e aprono opportunità altrimenti precluse" (op. cit. p.42). Poi dà dati che sconfermano che questa sia una cultura condivisa: nel campo c'è un marcato ritardo rispetto alle medie europee, aumentano i giovani che non studiano e non lavorano, la formazione continua ristagna, la scuola non scalfisce le differenze derivanti da situazioni di svantaggio familiari e territoriali. Infine, c'è una drastica riduzione della partecipazione culturale, tranne che nella lettura di libri, che è pure (con i suoi livelli molto bassi) il primo consumo culturale (Solimine, 2010). Venti milioni di italiani percepiscono la lettura come una perdita di tempo, il numero di lettori nella classe dirigente del paese è la metà degli omologhi tedeschi e francesi, la scuola non

⁵ *Manifesto IFLA per Internet*. Il Manifesto è stato redatto dall'IFLA/FAIFE, approvato dal Consiglio dell'IFLA il 27 marzo 2002 all'Aja (Paesi Bassi) e proclamato dall'IFLA il 1 maggio 2002.

⁶ *Dichiarazione IFLA su biblioteche e sviluppo sostenibile* all'incontro di Glasgow, in occasione del 75° anniversario della sua costituzione, l'International Federation of Library Associations and Institutions (IFLA). La dichiarazione è stata approvata dal Governing Board dell'IFLA nell'incontro del 24 agosto 2002 a Glasgow, Scozia, Regno Unito.

⁷ Revelli (2009) indica nell'assenza di adulti tra i lettori uno dei principali problemi da considerare.

⁸ L'Istat vede nel 2013 un'ulteriore diminuzione dei lettori, anche di quelli "forti". Una famiglia su dieci (10,3%) non possiede nemmeno un libro in casa; il 64% ne ha al massimo 100. La mancata frequentazione dei libri è correlata con l'esclusione da altre forme di partecipazione culturale. La scarsa alfabetizzazione informatica ostacola la diffusione di e-book.

http://www.istat.it/it/files/2013/12/Report_Libri-e-lettura_2012-2013.pdf?title=Produzione+e+lettura+di+libri++30%2Fdic%2F2013+-+Testo+integrale.pdf

motiva alla lettura, non si percepisce che dia strumenti di riuscita né è status symbol (op. cit.). Ricordiamo che il 70% degli italiani è affetto da analfabetismo funzionale (Isfol, 2013).

Gli investimenti della politica sulla cultura diminuiscono di anno in anno. La questione risorse è spinosa. Si tagliano spese senza criteri riferibili a valutazioni e verifiche, ma queste sono difficili in organizzazioni che non le promuovono. Nelle Biblioteche a una ricchezza di fonti documentarie si associa un deficit organizzativo. Non c'è una legge quadro. "È purtroppo storica l'assenza di un progetto politico dello Stato nel settore delle biblioteche" (Dian et alii, 2012, p. 17).

"Quando ci si propone di ricostruire un quadro nazionale della situazione delle biblioteche italiane delle diverse tipologie (pubbliche, universitarie, statali, scolastiche, ecclesiastiche, private ecc.), ci si trova a fare i conti con la quasi totale assenza di dati organici, comparabili e attendibili. [...] nessun ente è specificamente preposto a tale attività, né è possibile affermare che esista una ripartizione dei compiti in questo senso tra organismi diversi. [...] è praticamente impossibile ricostruire un quadro certo e omogeneo delle biblioteche italiane, così come non è possibile fornirne con esattezza il numero complessivo e i principali dati sulla consistenza e il funzionamento." (Solimine, citato da Ridi, 2003, p. 1).

In un confronto (AIB, 2012) sul futuro delle Biblioteche di ente locale in Italia, è emerso che: manca un modello riconoscibile del servizio che lo faccia apprezzare dai cittadini; non esistono statistiche condivisibili, eccettuati i dati censuari dell'Anagrafe delle Biblioteche Italiane; le trasformazioni delle Province generano incertezza; la crisi richiede di rivedere assetti giuridici e organizzativi; la cooperazione fra Stato, Regioni ed enti locali è inesistente; all'impossibilità di assumere si sopperisce con personale non professionale. Si conclude che la partecipazione dei cittadini è necessaria alla vita delle Biblioteche.

La letteratura sul tema cerca vie d'uscita. A partire da una politica per cui la cultura è – nel migliore dei casi – ancillare, e da cittadini apparentemente disinteressati. Si pensa di dover andare incontro ai bisogni dei non lettori (Agnoli, 2010, 2009), di dover accettare la cultura di massa. Per le Biblioteche piccole, sparse sul territorio, si ipotizzano collaborazioni con i servizi sociali rivolti alle fasce deboli della popolazione, rinunciando alla fantasia che siano avamposti di cultura (Galluzzi, 2009). Ma i servizi sociali sono fondati su un mandato sociale sostenuto dall'opinione pubblica: la medicalizzazione di problemi di convivenza. Si tratta di una cultura diagnostica e correttiva delle differenze viste come deficit, che non promuove integrazione ma inclusione, che risente per questo di molte tensioni (Paniccia, 2012). Una partnership forse interessante, ma con una mission diversa da quella delle Biblioteche e che porrebbe molti problemi. Ci sono anche speranze: che dopo due secoli di accumulo individuale di libri e saperi, si torni allo scambio e alla partecipazione (Dian e alii, 2012).

La partecipazione ha una storia con cui fare i conti. All'inizio degli anni Settanta ci fu una "gestione sociale", in linea con i valori del tempo: contro autoritarismi e specialismi (di qui i bibliotecari - animatori culturali), in favore di iniziative della "base". La partecipazione, spesso assembleare e tumultuosa, fu breve; gli organismi creati per promuoverla vennero assorbiti dalla politica partitica e/o si devitalizzarono; nei decenni successivi i cambiamenti legislativi e organizzativi che avrebbero dovuto accompagnarne evoluzione sono stati attuati con lentezza e senza precise strategie (Vecchiet, 2001). Resta come eredità un vissuto di fallimento della partecipazione e di svalutazione dei compiti organizzativi, che erano stati visti come meri adempimenti di indirizzi politici.

Forse oggi si può cominciare a parlare di capacità relazionali e di partecipazione come competenza organizzativa. Non avverrà contrapponendo professionalità bibliotecaria, magari ritenendola superata, e capacità relazionali necessarie per implicare l'utenza (Revelli, 2009). Sarà ancora più problematico se le capacità relazionali saranno viste come "qualità personali" individualistiche e acontestuali, come l'empatia prima ricordata. Oppure, se si penserà a un utente-cliente con le vecchie competenze di marketing, per cui bisogna persuadere, sedurre, vendere; creando immediate reazioni tra bibliotecari che ci vedono un attacco alla qualità e alle Biblioteche come welfare (Ferrieri, 2001).

Nella ricerca ci siamo rivolti a bibliotecari e clienti; tra questi ultimi, individuati tra i frequentatori, abbiamo incontrato i gruppi di lettura. In Italia il loro esordio risale agli anni Ottanta⁹; la diffusione è recente. Altrove, specie negli Stati Uniti e in Inghilterra, sono affermati da venticinque anni, soprattutto per iniziativa privata. In Italia sono caratterizzati da lettori "forti" e dal riferimento alle Biblioteche pubbliche. Sono molto presenti anche su web¹⁰. Si definiscono così: aperti, fluidi, accoglienti, non vincolanti, autoregolati, senza gerarchie. Alcune municipalità stanno avendo iniziative di formazione alla loro organizzazione e conduzione, le case editrici cominciano ad accorgersene. Sottolineando che ogni gruppo è un caso a sé, si dice che una peculiarità è che un libro letto in solitudine è poi condiviso¹¹. Vedremo come si presentano nella ricerca.

Nella ricerca ci siamo chiesti come viene vissuto il contesto Biblioteche pubbliche di Roma dai bibliotecari e da chi le frequenta; in altri termini, quale sia la competenza organizzativa di questi due gruppi in rapporto tra loro. Volevamo sapere se vi prevalgono dinamiche di tipo integrativo o inclusivo. Consideriamo la relazione in due modi. Nel primo, è un agito collusivo che istituisce appartenenze inclusive, che assimilano a sé le diversità, non viste come risorsa. Nel secondo è una relazione contestualizzata e pensata, entro cui le diversità vengono integrate attraverso il loro riconoscimento, permettendo lo sviluppo della relazione stessa. Come premessa c'è una teoria biologica della mente, che ne ipotizza un funzionamento fondato sui principi della generalizzazione e simmetria per cui ogni oggetto, entro categorie di generalizzazione sempre più ampie, equivale a ogni altro, e un modo di funzionare eterogenico e dividente, per cui differenziamo gli oggetti e li mettiamo in relazione tra loro tramite categorie tributarie di entrambi i modi di funzionare. La prima modalità è l'inconscio, o le emozioni, a esso equivalenti. La seconda modalità si avvale della percezione e del rimando che essa ci dà dell'esistenza di un mondo esterno e dei suoi limiti, come possibilità di istituire sacche di simmetria, ovvero categorie che limitino la polisemia infinita del modo di funzionare inconscio. Il modo di funzionare eterogenico, sempre tributario del pensiero inconscio, cerca entro il contesto limiti organizzanti l'infinita polisemia confondente di quest'ultimo, che ove prevalesse sarebbe annichilente. Questo processo può risolversi entro categorizzazioni dove la mente cerca una soluzione immediata alla confusione polisemica entro agiti dell'emozione; ad esempio entro categorizzazioni elementari della realtà come amico/nemico, alto/basso, davanti/dietro. Da tali categorizzazioni immediate si può andare, entro un continuum ininterrottamente rielaborato dalla mente e senza una progressione conquistata una volta per sempre, a categorizzazioni più esplorative del contesto, che ne considerano più articolate differenziazioni. Ad esempio entro modi di categorizzare la relazione come integrazione/inclusione, o categorizzazioni emozionate della realtà storicizzabili come l'individualismo, o categorie organizzative come utente/cliente; categorie che utilizzeremo nell'analisi dei dati¹².

⁹ Nella Biblioteca civica di Cologno Monzese, Milano (www.biblio.liuc.it). <http://www.biblio.liuc.it/aiblomb/sitopub.asp?codice=179>

¹⁰ Ad esempio, c'è un blog dei gruppi di lettura, gruppodilettura.wordpress.com. <https://gruppodilettura.wordpress.com/2013/04/01/questo-non-e-un-gdl/#more-10162>. Molti gruppi hanno il loro blog dedicato.

¹¹ Nel 2006 c'è il primo incontro nazionale dei gruppi di lettura; varie relazioni sono su rete http://www.biblioteca.colognomonzese.mi.it/index2.php?consez=librivori&page=gruppo_lettura_arco; c'è anche un manifesto dei gruppi di lettura italiani del 2012, *Gruppo/i di lettura* <http://gruppodilettura.wordpress.com/2012/10/29/per-un-manifesto-dei-gruppi-di-lettura-italiani/>. Su bibliocircolo.blogspot.it, il blog delle Biblioteche di Roma, sono indicati 20 circoli in corrispondenza di altrettante Biblioteche. Inoltre si segnalano dieci Bibliopoint presso altrettante scuole e sei Circoli Partner presso diverse università.

¹² Il modello della collusione come teoria psicoanalitica della relazione sociale è stato proposto da Carli e Paniccia all'inizio degli anni Ottanta (Carli & Paniccia, 1981) e successivamente approfondito. L'unità di analisi è la relazione e non il singolo individuo. Il modello si fonda sulla simbolizzazione affettiva collusiva che costruisce la relazione tra chi condivide lo stesso contesto. Si tratta di un contesto simbolico e non strutturale. La collusione attraversa gruppi, organizzazioni, culture, fondando la relazione sociale. Carli (2006) ricorda l'esperienza sperimentale, nell'ambito della psicologia clinica e sociale, che gli ha consentito di porne le basi. Per una proposta riassuntiva del modello rimandiamo a Carli & Paniccia (2003). I problemi che le persone, i gruppi, le organizzazioni portano allo psicologo sono visti come

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014 271

Obiettivi

Esplorare la relazione tra Biblioteche Comunali Romane e le attese dei Clienti, con attenzione alla funzione delle Biblioteche come luoghi di convivenza. In particolare, rilevare quanto siano contesti fondati sull'inclusione o sull'integrazione di differenze. Condividere con Biblioteche e Clienti nuove categorie organizzanti la loro relazione, derivanti dalla ricerca, verificandone l'utilità ai fini dello sviluppo di competenza organizzativa entro il contesto Biblioteche/Clienti.

Metodologia

Vengono analizzati due corpus testuali, ottenuti tramite interviste singole rivolte ai Bibliotecari e focus group rivolti ai Clienti. I corpus sono stati sottoposti separatamente ad AET, Analisi Emozionale del Testo (Carli & Paniccchia, 2002). AET ipotizza che le emozioni espresse nel linguaggio siano un organizzatore fondamentale della relazione. In questa ottica il linguaggio non è mai narrazione individuale, ma sempre organizzatore di rapporti. Di conseguenza non si analizzano sequenze, ma gli incontri, entro segmenti o unità elementari (u.e.) di testo, delle parole dense, ovvero dotate di un massimo di densità emozionale e un minimo di ambiguità di senso. Il loro senso emozionalmente denso è evidente anche quando la parola è estratta dal contesto del discorso. Ad esempio: amore, fallimento, ambizione. Al contrario di parole come in, di, ogni. Ma anche di: definire, seguire, ambito, ritenute non dense. Infatti la loro ambiguità è tale da richiedere il contesto del discorso perché il loro senso emozionale si definisca. Il ricercatore, supportato da un programma informatico¹³, ottenuto un vocabolario completo del corpus, sceglie le parole dense scartando le altre. Messe in ascissa le u.e. e in ordinata le parole dense, attraverso l'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple e l'analisi dei cluster ottiene cluster di parole dense entro uno spazio fattoriale. L'interpretazione è retta dall'ipotesi che la co-occorrenza di parole dense entro le u.e. evidenzia il processo collusivo espresso dal testo. Il susseguirsi di parole dense, a partire dalla più centrale nel cluster, riduce la loro polisemia, perseguendo una acquisizione del senso emozionale del cluster. Si considera inoltre la relazione dei cluster entro lo spazio fattoriale, giungendo alla lettura della dinamica collusiva che connota il tema in oggetto. I testi possono essere raccolti con scritti e interviste, individuali o di gruppo. La dinamica collusiva (emozionale ed inconscia) individuata è storicamente situata e caratterizza individui storicamente definiti, entro un contesto specifico. Con AET si è ampiamente visto come le culture collusive cambino in funzione del contesto storico in cui sono iscritte.

Il Gruppo di Ricerca (GR), in un'ottica di intervento, non ha perseguito un campionamento, ma l'implicazione delle organizzazioni e delle persone interpellate. In esordio di lavoro ha mandato un'email ai responsabili delle 35 Biblioteche aperte al momento dell'invio¹⁴. Ci si è mossi esplorativamente, in attesa che le Biblioteche, con cui non si aveva un rapporto precedente, manifestassero il loro modo di funzionare a partire dalla loro risposta; veniva proposta una ricerca sulle rappresentazioni che le Biblioteche hanno delle loro finalità e del loro lavoro, e su quelle che hanno delle Biblioteche le persone che le frequentano. Si dichiarava che l'intento non era di campionamento, ma di implicare le Biblioteche interessate. Hanno

originati entro le relazioni ed è dentro la relazione tra chi porta la domanda e psicologo che possono essere conosciuti e trattati. Il prodotto della reazione è concettualizzato come cosa terza, ovvero come una trasformazione condivisa e pensata, entro la relazione, del contesto in cui la relazione si attua. Per una differenza tra integrazione come conoscenza esplorativa delle differenze entro un contesto che si costruisce o come riconduzione inclusiva e assimilante di queste a un contesto dato, vedi Paniccchia (2012). Per una differenza tra contesto dato, inclusivo, e contesto costruito, integrativo, vedi Paniccchia, Giovagnoli & Giuliano (2008).

¹³ È stato utilizzato il software Alcéste di Max Reinert (1995).

¹⁴ Le Biblioteche Comunali Romane sono 37. L'Istituzione Biblioteche di Roma nasce nel 1996 unificando in sistema Biblioteche che facevano capo alle relative circoscrizioni, ora Municipi. (<http://www.comune.roma.it>).

risposto in 12, ricordando la necessità del riferimento al Sistema Biblioteche del Comune di Roma. Dopo è arrivato un invito a interloquire dell'Ufficio Qualità Customer Care (QCC). Il GR ha incontrato QCC, che ha ritenuto la proposta interessante. Si definiscono numero e ruolo degli intervistati: da un minimo di 1 a un massimo di 3 interviste ai Bibliotecari front-office; stessa cosa per il back-office; 1 intervista al responsabile della Biblioteca. Verranno anche effettuate interviste ai Clienti (come reperirli e chi verrà definito con le Biblioteche). Viene mandato a QCC il progetto rivisto dopo l'incontro; due giorni dopo c'è l'autorizzazione del Direttore dell'Istituzione. Le 12 Biblioteche interessate vengono aggiornate, alle 11 che decidono di partecipare viene dedicato un membro del GR, che le seguirà per la durata del progetto. Con Bibliotecari e Clienti viene prevista una restituzione. Esporremo le due ricerche iniziando dai Clienti. Per l'analisi delle parole dense sono stati consultati diversi vocabolari, al fine di recuperare polisemia¹⁵.

Ricerca Clienti. Focus group e domanda aperta

I Clienti sono stati reperiti attraverso le Biblioteche. Il criterio di scelta è stato l'interesse a parlare del rapporto con le Biblioteche e della loro funzione come luogo di convivenza. Il reperimento è stato più efficace con Clienti già in rapporto con le Biblioteche, come i Circoli di lettura. Si tratta quindi di Clienti interessati e in rapporto con le Biblioteche. Tutte le Biblioteche hanno aderito alla proposta di interpellare i Clienti, ma è stato possibile effettuare i focus in sei delle undici implicate. Sono stati realizzati 7 focus group (Tabella 1), due presso la stessa Biblioteca, implicando 31 Clienti. I focus group hanno avuto da tre a sei partecipanti; la durata è stata tra un'ora e un'ora e mezzo. Annotiamo la tipologia dei partecipanti, anche se non faremo inferenze né a partire da essa né dalla relazione tra f.g. e cluster, ritenendo non interpretabili le differenze interne o tra f.g..

Tabella 1. Clienti. Focus group

Focus group	N° partecipanti	durata	partecipanti
f.g. 1	4	1,20	2 studentesse, 2 pensionati
f.g. 2	3	1,00	2 studenti, 1 signora venuta con il figlio bambino
f.g. 3	5	1,00	2 utenti Incontragiovani, 3 circolo di lettura
f.g. 4	6	1,25	5 signore venute con i figli bambini, 1 insegnante
f.g. 5	4	1,35	3 circolo di lettura, 1 insegnante
f.g. 6	4	1,35	4 circolo di lettura
f.g. 7	5	1,40	5 circolo di lettura
totale	31		

Visto il carattere esplorativo della ricerca il conduttore ha fatto una sola domanda e non è più intervenuto fino alla fine del focus group. Questa la domanda:

“Come sapete, faccio parte di un gruppo di ricerca di Sapienza, Dipartimento di psicologia clinica, che si occupa di problemi di convivenza. Siamo interessati a individuare occasioni e luoghi di aggregazione, incontro e scambio nella città di Roma. Vi chiedo di poter usare il registratore, necessario per la raccolta di dati. Secondo voi, che funzione hanno sotto questo profilo le Biblioteche Comunali nella città? In particolare, che ne pensate di quelle che frequentate?”

Ricerca Clienti. Analisi dei Dati. Spazio fattoriale e Cluster.

¹⁵ In particolare il Vocabolario Treccani (treccani.it), il Vocabolario Etimologico della Lingua Italiana di Ottorino Pianigiani (etimo.it), il Grande Dizionario Gabrielli (grandidizionario.it).

L'analisi, a partire da un corpus di 95 pagine, ha prodotto uno spazio fattoriale a quattro dimensioni con cinque cluster (Figura 1). Il C3 è in rapporto con la polarità positiva del I fattore. Il C5 con quella positiva del II fattore, ed è opposto al C1 sullo stesso fattore. Il C4 con quella negativa del III fattore. Il C2 con quella negativa del IV fattore. Il C1 con quella negativa del II, dove si contrappone al C5, e quella positiva del IV e del III, dove si contrappone al C4 e al C2 (Tabella 2). In Tabella 3 viene riportata la percentuale di unità di testo presenti in ciascun cluster con una lista di parole dense con più alta incidenza.

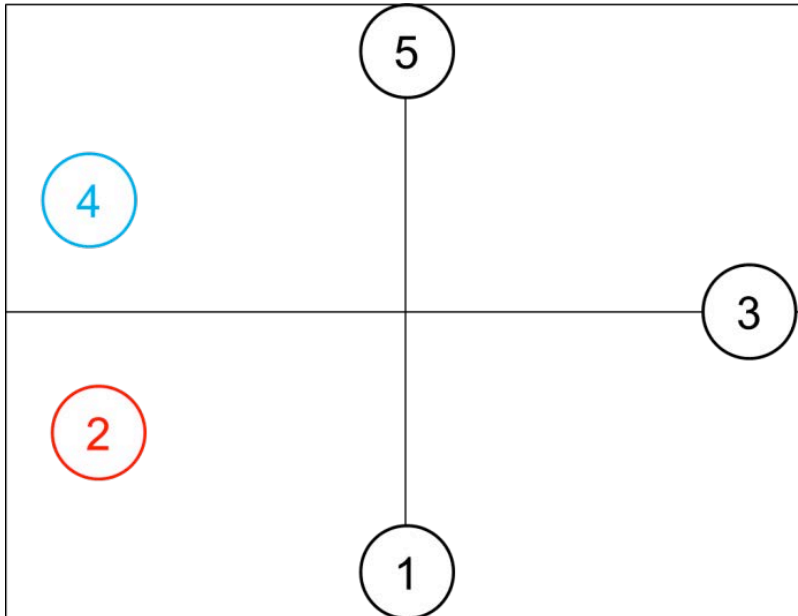


Figura 1. Spazio fattoriale Clienti.

Tabella 2. Clienti. Rapporto cluster (C) - fattori (F) (coordinate dei centroidi).

	F1	F2	F3	F4
C1	-.179	-.416	.403	.475
C2	-.346	-.101	.409	-1.061
C3	1.873	.013	.072	-.142
C4	-.155	-.687	-1.330	-.102
C5	-.193	.985	-.200	.170

Tabella 3. Clienti. Cluster con le parole dense in ordine di chi quadro (χ^2)

C1 (33.99%)	C2 (15.78%)	C3 (12.44%)	C4 (11.18%)	C5 (26.61%)
χ^2 /parola	χ^2 /parola	χ^2 /parola	χ^2 /parola	χ^2 /parola
79.97 studiare	71.61 esperienza	100.13 controllo	201.96 bambini	62.24 critica
66.79 prendere	51.41 sociale	91.68 pagare	104.90 genitori	59.34 poesia
48.14 ragazzi	45.71 aggregazione	72.02 pubblica	79.42 laboratori	50.34 scrittura
39.15 casa	42.20 rappresentativo	71.19 vincere	74.48 figli	46.17 circolo lettura
35.66 giornale	41.92 impegno	49.66 vigili_urb.	64.18 fiabe	36.39 scrittore
24.70 prestito	33.62 attività	42.52 comune	47.39 sport	33.55 romanzo
23.96 comprare	31.24 ritrovare	42.52 ammazzare	40.70 scuola	33.55 accettare
19.65 esami	31.24 classici	37.49 giocare	39.97 cantare	30.28 raccontare
13.71 riscontrare	23.83 gruppo	35.39 multe	39.97 bimbi	28.19 premio
13.71 bar	21.87 relazione	35.39 amministrare	35.27 mamme	22.27 saggio
12.22 distrarre		34.78 raccogliere	31.94 nonni	20.63 chiamare
		32.84 soldi	31.94 disturbo	20.28 scegliere
		28.28 spesa	31.94 avvicinare	19.46 scivoloso
		28.28 caldaia	30.47 aiutare	19.46 coordinatrice
		27.15 scritto		
		26.80 perdere		
		22.54 cittadino		
		21.18 segnalare		
		21.18 municipio		
		21.18 condominio		

Clienti.
Cluster

3.

In rapporto con la polarità positiva del I fattore. Le prime due parole sono **controllo** e **pagare**. Controllo: da controllare, verificare una cosa per accertarne regolarità ed esattezza; vigilare, sorvegliare; il controllo dà padronanza su qualcosa o qualcuno. Pagare: da *pax*, acquietare (il creditore); versare il denaro dovuto; scontare una pena; subire le conseguenze dannose di qualche cosa. Un debito, una mancanza in una relazione controllante vengono sanati da un pagamento. Poi **pubblico**: da *populus*, popolo; che appartiene a tutti, entro un governo che regola l'appartenenza. Una collettività partecipa di un ordine civile. Accessibile a tutti. Noto a tutti. È un "tutti" limitato da norme che rendono possibile l'ordine civile: è una complessa relazione di diritti e doveri entro una collettività che si riconosce come tale. Ma controllo, pagare e pubblico propongono una collettività senza equilibrio tra diritti e doveri: il "pubblico" è minacciante ed esigente piuttosto che essere accessibile e dare servizi. Segue **vincere**: sopraffare l'avversario costringendolo a cedere; avere ragione di un ostacolo; dominare passioni, sentimenti; essere superiore entro una prova. Il contesto è controllante, punitivo, conflittuale, competitivo. Poi **vigili urbani**¹⁶: forze dell'ordine dedicate alla

¹⁶ "[...] dipendenti pubblici che svolgono diverse funzioni nella propria città. Una delle più importanti è il controllo delle strade e far rispettare le norme del codice della strada. [...] Altre competenze [...] il controllo delle corrispondenti licenze dei negozi o locali pubblici o la collaborazione, con le forze dell'ordine, in caso di furto, rapina o incidente in città. [...] possono realizzare altre mansioni più sociali come aiutare l'anziano signore con le buste della spesa ad attraversare la strada, oppure fornire indicazioni ed informazioni riguardo la viabilità delle strade." (<http://www.dipendentistatali.org>).

convivenza in città, che sarebbero più di servizio che repressive; poi **Comune di Roma**: la città committente delle Biblioteche. Poi **ammazzare**: uccidere, provocare la morte, sfinire, stremare, deprimere, mortificare. Vigili e Comune sono “stretti” tra vincere e ammazzare: sono servizi sopraffatti o partecipi della violenza. Poi **giocare**: lat. *iōcare, iōcari* «scherzare»; dedicarsi a un passatempo o un esercizio; competere; prendersi gioco di qualcuno, ingannarlo, truffarlo. Gioco d’azzardo, vizio del gioco. Lo scherzo volge in beffa e danno. La città è connotata da relazioni nemiche; il pubblico non è servizio, ma adempimenti, controlli e pagamenti e non argina la violenza. Segue **multa**: pena pecuniaria stabilita per determinati reati. Poi **amministratore**: chi cura il buon andamento degli affari, pubblici o privati, di una società, di un ente, ecc., o dei proprí. Poi **raccogliere**: sollevare, prendere da terra cosa o persona; radunare, mettere insieme; poi **soldi**, danaro; poi **spesa**: somma di denaro che si dà in cambio di un bene, un servizio, o altro fine. L’amministrare è soprattutto spendere; si deve racimolare danaro, anche con le pene pecuniarie. Si consuma, non si produce. Poi **caldaia**: apparecchio che riscalda, per esempio l’acqua calda per la casa. Poi **scritto**: espresso per mezzo della scrittura; *verba volant, scripta manent*: destinato, deciso, scolpito, profondamente impresso. Entro l’anomia del cluster appare una parola che riscalda, poi lo scritto, ciò che è degno di memoria e condivisione, come le regole che mancano. Scrittura e l’affiliazione amica vanno insieme. Ma poi c’è **perdere**: dissipare, distruggere; cessare di possedere qualche cosa per averla smarrita, per colpa d’altri, o per qualsiasi motivo. L’affiliazione amica è impossibile: seguono perdita e dissipazione. Poi **cittadino**: chi abita una città e gode dei diritti di cittadinanza. Poi **segnalare**: comunicare, avvertire, far presente, raccomandare all’attenzione di altri. Poi **municipio**: l’amministrazione comunale; un’area specifica del territorio di un comune. Alla perdita segue un cittadino senza potere che segnala la sua angoscia all’attenzione di chi il potere lo ha. Poi **condominio**: comproprietà di un medesimo edificio; i conflitti condominiali sono noti per frequenza, intensità e irragionevolezza. Se si pensa alla città come comproprietà, c’è una litigiosa relazione dove il bene comune collide con gli egoismi particolari. Procedendo verso la periferia del cluster, dopo altre parole che ribadiscono un clima emozionale anomico, troviamo “privato” e “rubare”. La città è segnata non solo da poteri, ma anche da concittadini nemici.

Clienti. Cluster 5.

In rapporto con la polarità positiva del II fattore; contrapposto al C1 sullo stesso fattore. **Critica e poesia**. Critica: arte del giudicare, capacità di esaminare e valutare sia gli uomini che la loro attività per scegliere, distinguere il vero dal falso, il bello dal brutto, il buono dal cattivo, ecc.. Indagini volte a conoscere e a valutare, in base a teorie e metodologie diverse, elementi per formulare giudizi sulle opere dell’ingegno umano. Giudizio sfavorevole, soprattutto morale; censura, biasimo. Poesia, dal gr. *ποίησις*, da *ποιέω*, fare, produrre. Composizioni verbali con restrizioni metriche; opere, anche non verbali, con valore «alto». Opere poetiche prodotte, in generale o in un determinato periodo, da un popolo o in un’area culturale, riferibili a un certo gusto, a una scuola. Si esamina, si valuta, si distingue il vero dal falso, l’alto dal basso entro prodotti “alti” “dell’ingegno umano”, rappresentativi di una cultura. Poi **scrittura**: le esperienze, i sentimenti, si traducono in scrittura: *verba manent*. Il vissuto viene elaborato simbolicamente entro un linguaggio che lo perpetua, lo rende condivisibile, memorabile, valutabile. Poi **circolo di lettura**: un gruppo di persone che leggono in privato un libro scelto in comune; poi insieme ne parlano condividendo le emozioni provate, le idee suscitate. Circolo: persone appartenenti a una stessa condizione sociale, o aventi interessi, ideali, sentimenti comuni, che si riuniscono in uno stesso luogo. Il vissuto e l’esperienza, simbolicamente espressi entro un linguaggio scritto e memorabile, sono oggetto di valutazione condivisa entro un gruppo che alimenta la sua appartenenza nel riconoscere questa condivisione. Poi **scrittore**: scrivano, copista; chi si dedica all’attività letteraria; autore di uno scritto. Poi **romanzo**: dal francese antico *romanz*; all’origine delle letterature moderne, ampio scritto in lingua volgare, in prosa e in versi, che diletta con avventure eroiche in margine alla storia o d’invenzione; nelle letterature moderne e contemporanee, componimento letterario in prosa; complesso di avvenimenti frutto di fantasia. Viene apprezzata la traduzione dell’esperienza umana in una scrittura “alta”, ma anche in scritture più vicine alla vita vissuta come avventura, intreccio, azione, trasfigurazione nella fantasia; ci sente non solo lettori ma anche autori. Poi **accettare**: da *ad capere*,

prendere, ricevere; impegnarsi a fare qualcosa, mostrarsi disposto a fare; ammettere, riconoscere. Poi **raccontare**: esporre qualcosa a voce o per iscritto; più familiare e meno solenne di narrare; riferire cose apprese da altri. Alla critica che pensa gerarchicamente seguono la viva partecipazione, quindi la parola parlata: l'esperienza umana raccontata e condivisa può essere riconosciuta. Segue **premio**: ciò che si riceve in riconoscimento di meriti; gratifica, incentivo; quindi **saggio**: da *exigere*, pesare, esaminare; prova con cui si accertano qualità o proprietà di qualcosa; persona che ha nel giudicare e nell'operare, equilibrio e conoscenza acquisiti con la riflessione e l'esperienza. Poi **chiamare**: rivolgersi a qualcuno perché risponda, invocare, convocare, designare, e **scegliere**: separare la parte migliore dalla peggiore; distinguere, tra cose o persone, la più adatta allo scopo, al desiderio, alla necessità. L'autore ha evocato l'attività, ma anche l'individuo e con esso il distinguere, il premiare entro una competizione. Segue **scivoloso**: superficie su cui si scivola, che fa cadere, oggetto che sfugge alla presa, persona sfuggente, ambigua; poi **coordinatrice**: da coordinare, mettere insieme un insieme coerente e organico adatto al fine da raggiungere. Il gruppo può avventurarsi su terreni scivolosi e ha bisogno di guida, coordinamento.

Clienti. Cluster 1.

In rapporto con la polarità negativa del II fattore e con quella positiva del III (dove si contrappone al C4) e del IV (dove si contrappone al C2). **Studiare** e **prendere**. Studiare, da *studere*, sforzarsi di fare; applicarsi all'approfondimento di settori di conoscenza e di esperienza; cercare, impegnandosi, di realizzare qualcosa di nuovo; esaminare per conoscere; controllare il proprio modo di agire; sforzarsi di, affaticarsi per. Prendere: ridurre in proprio potere con o senza violenza, afferrare cosa o persona, sollevarla, spostarla secondo le proprie intenzioni; mettere a propria disposizione, procurarsi cosa da utilizzare per qualche operazione; fare proprio, entrare in possesso di qualche cosa. Un fare impegnato, l'applicarsi per conoscere si coniugano con l'impossessarsi, disporre di qualcosa o qualcuno. Poi **ragazzi**: età dell'adolescenza o giovinezza; componenti di un gruppo; scherzosamente, detto di un adulto, ma può rilevarne il carattere irriflessivo, l'incapacità di trattare faccende serie; mozzo, servitore, garzone. Ragazzo è il giovane di cui si sottolineano aspetti subordinati, non adulti; o l'adulto che retrocede. Segue **casa**: abitazione, famiglia, patria; chi vive in uno stesso ambiente, chi è accomunato da un'appartenenza; ditta. L'impegnarsi per apprendere e prendere è di persone che hanno una posizione subordinata, non adulta, più vicina al privato della famiglia che al contesto pubblico, civico. Poi **giornale**: registro in cui si prende giornalmente nota di operazioni contabili; diario; pubblicazione giornaliera che reca notizie d'ogni genere. Poi **prestito**: dare o ricevere qualcosa con l'impegno di restituirla entro una relazione affidabile. Poi **comprare**: acquistare un bene pagandolo; corrompere qualcuno; attirare o asservire qualcuno. Poi **esame**: attenta osservazione di un oggetto o una persona per conoscerne le qualità; **riscontrare**: mettere una cosa di fronte a un'altra per vedere se corrispondano esattamente, per rilevare o correggere differenze; esaminare attentamente, per accertare lo stato di un oggetto e la regolarità di un'operazione. Valutazioni, comparazioni, pagamenti caratterizzano relazioni in cui lo scambio è solo *do ut des*. Poi **bar**: esercizio pubblico in cui si sosta brevemente per consumare bevande, dolci e cibi leggeri; **distrarre**: volgere altrove la mente. L'altra faccia di queste relazioni faticose è l'assentarsene.

Clienti. Cluster 2.

In rapporto con la polarità negativa del IV fattore; contrapposto al C1 sullo stesso fattore. **Esperienza e sociale**. Esperienza: da *ex- perior*, provo, tento; cognizione ottenuta mediante lo studio; conoscenza diretta, personalmente acquisita con l'osservazione o la pratica di una sfera della realtà; conoscenza che influisce sullo sviluppo di una persona. Sociale: da *socius*, compagno; l'essere umano incivilito, l'uomo partecipe di una comunità nella quale ha, o dovrebbe avere, sostanziale diritto di parità rispetto agli altri; ciò che concerne la vita, le relazioni, i problemi di una società e dei suoi componenti. Le persone, in relazione tra loro, partecipano di una comunità civile. Segue **aggregazione**: *ad - gregare*, unire; associare; complesso di persone o cose aggregate o che si aggregano. Poi **rappresentativo**: rappresentare: rendere presenti cose passate o lontane; che rappresenta, quasi come simbolo o esempio, una situazione; che ha la funzione di rappresentare una o più persone, collettività, enti e organi. Si evocano un associarsi di persone entro un contesto civico fatto di rappresentanze: non si fa riferimento solo a se stessi, ma ciascuno rappresenta anche

altri. Segue **impegno**: obbligo, assunto nei riguardi di altri, con cui ci si impegna a corrispondere qualche cosa, a eseguire una prestazione; cura attenta e diligente, impiego della propria buona volontà e delle proprie forze nel fare qualcosa; adesione attiva di un intellettuale, mediante la propria opera, ai problemi politici e sociali. L'aggregarsi tra persone, il mettere insieme esperienze, è un impegno civico: si partecipa della vita sociale in modo produttivo. Segue **attività**: operosità; agire, muoversi, dedicarsi attivamente a un lavoro; complesso di azioni dirette a realizzare obiettivi. Poi **ritrovare**: trovare qualcosa che si credeva perduta, una persona che da lungo tempo non si vedeva; riuscire a individuare, capire qualcosa; ritrovare se stessi, l'identità, l'equilibrio interiore; orientarsi; scoprire attraverso studi, ricerche e indagini, esperimenti; riconoscere. Poi **classici**: da *classis*, appartenente alla prima classe dei cittadini; di prim'ordine, da servir da modello; tradizionale; tipico. L'aggregarsi impegnato e produttivo recupera un'identità, riconosce risorse esistenti, ritrova regole e modelli nella tradizione e nell'eccellenza.

Clienti. Cluster 4.

In rapporto alla polarità negativa del III fattore; contrapposto al C1 sullo stesso fattore. **Bambini/genitori**. Bambino: l'età compresa tra nascita e inizio della fanciullezza. In tono affettuoso e ironico si dice anche di adulto; ingenuo, semplice, immaturo. Genitori: da *genus -nēris*, stirpe; colui che genera. C'è una relazione asimmetrica: uno dei poli dà la vita, l'altro è immaturo e dipendente. Segue **laboratorio**: da lavorare; luogo con installazioni per studi e ricerche tecnici o scientifici; dove si attende ai lavori di un'arte o mestiere. Poi **figlio**: il generato dai genitori; il cittadino rispetto alla patria, il nativo rispetto a un luogo; chi discende da un contesto, una cultura, una moda. E' una relazione produttiva, laboriosa, con a monte un'asimmetria che protegge, indirizza l'immaturo generato, plasmato da questa dipendenza. La relazione è affiliativa. Segue **fiaba**: da *fabula*, racconto; racconto fantastico con tracce di antiche credenze; quasi sempre ha per protagonista l'uomo; racconto inverosimile, fandonia. Segue **sport**: attività fisiche che sviluppano forza e agilità per svago o competizione; fare una cosa per sport, per soddisfazione personale e senza tornaconto. Entro la relazione affiliativa il laboratorio mette insieme dimensione simbolica e attività fisica. Segue **scuola**: istituzione finalizzata all'apprendimento dei fondamenti della cultura di appartenenza; la scuola dei bambini è quella dell'obbligo: entro la dipendenza affiliativa si fa il bene di chi non è ancora in grado di scegliere. Segue **cantare**: modulare con la voce note e toni di un componimento musicale; esprimere con chiarezza; spifferare. Seguono **bimbi, mamme, nonni**. Raccontare fiabe, cantare, fare sport trasmettono la cultura di appartenenza; si sta tra bimbi, mamme e nonni: le generazioni e i ruoli della famiglia, non della produttività lavorativa e del contesto pubblico. Poi **disturbo**: da disturbare, turbare un'attività impedendone il normale svolgimento; interrompere o distrarre noiosamente chi lavora; recare incomodo, molestia, disagio fisico. La produttività lavorativa sarebbe disturbata da fiabe, canti, sport. Segue **avvicinare**: collocare vicino o più vicino; andare vicino; iniziare un rapporto o avere rapporti, trattare con una persona. Segue **aiutare**: porgere soccorso; prestare ad altri la propria opera per cose che non sarebbero capaci di fare da soli; agevolare, favorire; difendere, proteggere. Questo è il contesto della vicinanza, del proteggere entro un contesto privato, non del produrre e del partecipare entro un contesto pubblico.

Ricerca Clienti. Sintesi dell'analisi.

Sul polo destro del primo fattore (C3), la Biblioteca è prima di tutto servizio pubblico e pretesto per parlare in modo profondamente anomico della città e dei servizi: persone sole, sottoposte a poteri incompetenti e violenti, coesistono entro un vissuto di guerra, rubeia, diffidenza. Soprattutto sul versante pubblico, ma nella mancanza di regole, la differenza pubblico/privato perde senso. C'è un bisogno di affiliazione e di regole deluso, un vissuto di perdita; si interpella l'amministrazione pubblica perché torni a esistere, a occuparsi dei cittadini. Non c'è speranza o competenza produttiva, individuazione di risorse. Due culture contrapposte sul secondo fattore parlano della Biblioteca: l'una (C1) la vede come fruizione individuale, l'altra condivisa; l'una si appropria di un sapere dato, entro una domanda di riscatto sociale, l'altra (C5) produce cultura. Per il cluster del sapere che riscatta da un vissuto di subordinazione, l'appropriarsene è individuale, privato, faticoso, si rischia di volersene assentare. Si è isolati entro rapporti competitivi dove lo scambio è *do ut des*.

Sul polo opposto la produzione di cultura avviene entro una relazione, un gruppo, che scambia parole dette circa parole scritte, e così elabora esperienze, potendosi riappropriare. All'appropriazione individualistica di un sapere che riscatta (C1), si contrappongono altre due culture su due diversi fattori. Sul terzo fattore il C4, della famiglia presa da compiti educativi e protettivi, isolati dal resto del contesto sociale e limitati all'infanzia, senza rapporto con la realtà giovanile e adulta; sul quarto fattore il C2, della relazione tra persone che riferendosi alla loro storia, al loro contesto, riconoscono il senso condiviso delle loro esperienze, e ritrovano, attraverso l'impegno, una comunità civica.

Ricerca Bibliotecari. Interviste e domanda aperta

Delle 11 Biblioteche sono stati intervistati 33 Bibliotecari. A partire dal loro interesse a partecipare, sono stati individuati in base a: funzioni di responsabilità organizzativa, di back office, di front office, di Incontragiovani¹⁷; la loro età lavorativa (che va dai 3 ai 36 anni), distinta in sopra o sotto i 15 anni (Tabella 4).

Tabella 4. Bibliotecari. Intervistati. Funzione e Anzianità di servizio.

Funzione	Anzianità	
responsabile	9	Fino a 15 anni 19
front office	13	Oltre 15 anni 14
back office	9	
Incontragiovani	2	
<i>totale</i>	<i>33</i>	<i>33</i>

Dopo gli accordi con i responsabili e i Bibliotecari interessati, gli intervistatori hanno incontrato singolarmente questi ultimi. Dato il carattere esplorativo dell'indagine, è stata fatta una sola domanda iniziale:

“Come lei sa, faccio parte di un gruppo di ricerca di Sapienza, Dipartimento di psicologia clinica, che si occupa di problemi di convivenza. Siamo interessati a individuare occasioni e luoghi di aggregazione, incontro e scambio nella città di Roma. Le chiedo di poter usare il registratore, necessario per la raccolta di dati. Secondo lei, che funzione hanno sotto questo profilo le Biblioteche Comunali nella città, e in particolare la sua Biblioteca?”.

Ricerca Biblioteche. Analisi dei dati. Spazio fattoriale e Cluster.

¹⁷ Punto informativo gestito da Roma Capitale rivolto ai giovani (14-35 anni) su temi riguardanti la formazione, l'orientamento al lavoro, le opportunità all'estero, la cultura (<http://www.incontragiovani.it/spazi-incontragiovani/info-servizio>).

L'analisi, a partire da un corpus di 186 pagine, ha prodotto uno spazio fattoriale a due dimensioni con tre cluster (Figura 2). Il C1 è in rapporto con la polarità positiva del I fattore. Il C2 con quella negativa del I fattore e quella positiva del II fattore. Il C3 con quella negativa del II fattore (Tabella 5). In Tabella 6 si riporta il rapporto tra cluster e variabili illustrative; infine, si presenta la percentuale di unità di testo presenti in ciascun cluster con una lista di parole dense con più alta incidenza (Tabella 7).

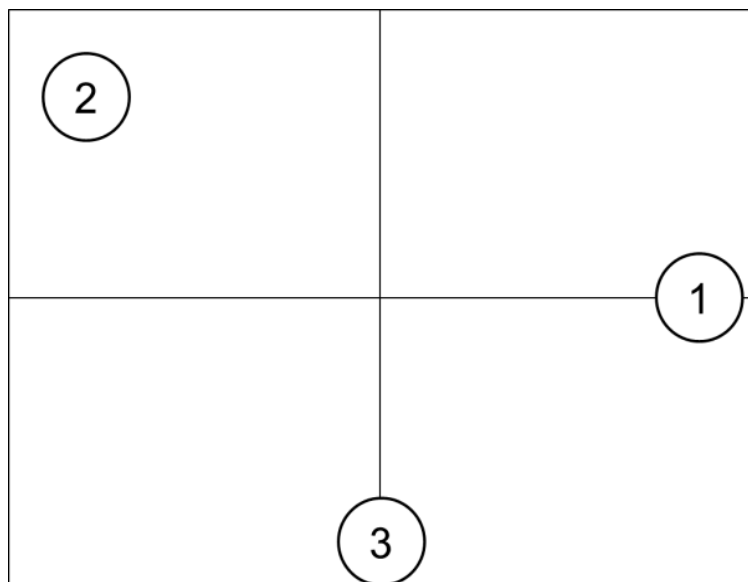


Figura 2. Spazio fattoriale Bibliotecari.

Tabella 5. Bibliotecari. Rapporto cluster (C) – fattori (F) (coordinate dei centroidi)

	F 1	F 2
C 1	.569	.131
C 2	-.768	.630
C 3	-.366	-.796

Tabella 6. Bibliotecari. Variabili illustrative (χ^2).

	Bibliotecario	χ^2	Anni di servizio	χ^2
C 1	Back office	25.89		
C 2	Back office	9.94	Fino a 15	13.89
C3	Incontragiovani	53.12	Sopra i 15 anni	7.93
	Responsabile	16.3		
	Front office	2.18		

Tabella 7. Bibliotecari. Cluster in ordine di chi quadro (χ^2)

Cluster 1 (49.03%)		Cluster 2 (25.77%)		Cluster 3 (25.20%)	
χ^2	/parola	χ^2	/parola	χ^2	/parola
65.73	prestito	97.49	scuola	80.69	spazio
43.56	catalogo	55.27	guidare	51.33	aggregazione
37.42	bibliotecario	54.52	lettura	44.53	frequentare
33.84	comprare	49.59	gruppo	43.81	quartiere
27.68	acquisti	43.93	amici	42.83	studenti
26.61	soldi	37.06	visite	42.64	progetti
25.12	front_office	36.34	famiglia	40.71	abitanti
22.53	migliorare	33.79	figli	37.56	anziani
21.18	responsabile	30.29	poesia	35.46	comunita
18.22	documenti	26.49	mamme	32.85	caritas
18.22	gestione	26.02	iniziative	32.06	disagio
16.77	istituzione	25.16	genitori	32.02	integrazione
16.65	vecchio	23.13	insegnanti	30.16	territorio
16.27	Sistema B.	22.14	incontrare	27.12	stranieri
15.62	amministrare	21.68	divertire	26.85	emeroteca
15.00	prestare	21.68	premio	26.85	ostia
14.66	interbibliotecario	20.91	cura	26.66	locale
14.66	mancare	20.66	raccontare	24.62	vicino
14.45	ricerca	20.55	laboratorio	23.85	immigrati
13.61	bibliocard	20.23	asilo_nido	23.50	sociale
13.61	collegare	20.23	occasione	21.25	utilizzare
13.07	servizio	18.01	musica	20.86	lamentare
11.88	passaggio	17.90	educazione	20.86	solidarietà
11.50	controllo	17.33	maestro	19.31	accoglienza
10.84	attento	15.77	organizzare	16.55	edificio
10.45	usufruire	15.77	partecipare	16.02	interculturale
				15.99	periferia
				14.88	handicap
				14.88	missione
				14.67	internet

Cluster 1 Bibliotecari

In rapporto con il polo positivo del primo fattore. Variabile illustrativa: back office. La prima coppia di parole dense è: **prestito** – **catalogo**. Pre - stare: stare davanti, presenza che garantisce. Dare o ricevere qualche cosa con l'impegno di restituirla entro una relazione affidabile. Prestare è una parte del servizio della biblioteca: l'uscita di libri consegnati a un singolo individuo, o ad altre biblioteche. Catalogo: da καταλέγω,

enumerare; elenco ordinato e sistematico di oggetti della stessa specie. Segue **bibliotecario**, il ruolo degli intervistati. La funzione del bibliotecario è identificata con questo servizio: il libro come bene che si possiede, si controlla e si presta entro una necessaria affidabilità. Segue **comprare** da *comparare*, paragonare per acquistare. Segue **acquisti**; *ad quaerere*, cercare (di ottenere il possesso di qualche cosa). Segue **soldi**: nome dato nel tempo a monete di diverso valore. Danaro. Per incrementare un bene – oggetto che si possiede è necessario spendere. Segue **front_office**: la funzione che si occupa dell'interazione con il cliente. Poi **migliorare**, divenire più soddisfacente, più rispondente alle necessità. Il prestare un bene costoso caratterizza il rapporto con il cliente; migliorare è mettere a disposizione il bene-libro fuori dalla biblioteca, comperando e facendo crescere il catalogo. Segue **responsabile**, da *respondere*; chi risponde delle proprie azioni. Segue **giusto**: che osserva i principî della giustizia, nella volontà di rispettare i diritti altrui, attribuendo a ciascuno ciò che gli è dovuto secondo la ragione e la legge. Segue **documenti**: qualsiasi mezzo, soprattutto grafico, che provi l'esattezza o la verità di un'asserzione. Segue **gestione**: amministrare beni o interessi per conto d'altri; poi **istituzione**: atto con cui si fonda qualcosa; società o corpo sociale ordinato e organizzato giuridicamente. Tra il bibliotecario e il cliente c'è un terzo di fronte a cui si è responsabili: i diritti del cittadino e l'istituzione che li tutela. Prestare e migliorare sono atti che vanno documentati, amministrati secondo giustizia e un ordine giuridicamente fondato e controllato. Segue **vecchio**: avanti negli anni, opposto a nuovo; **sistema – biblioteche**: la forma organizzativa che la rete delle Biblioteche Comunali romane si dà nel 1996; **amministrare**: reggere, curare, regolare, sorvegliare il buon andamento. Dopo il mandato sociale viene l'organizzazione; tra l'uno e l'altra c'è la parola vecchio: c'è qualcosa di obsoleto, di superato. Seguono **prestare** e **interbibliotecario**: servizio che permette il prestito, la circolazione di libri fra Biblioteche ed enti culturali e di ricerca in Italia e all'estero. Poi **mancare**: da *mancus*, monco, imperfetto; meno di quanto sarebbe necessario o desiderabile, o il non esserci di cosa che dovrebbe esserci. Poi **ricerca**: trovare, scoprire qualcuno, qualche cosa. C'è un sentimento di obsolescenza, mancanza del bene da dare, come pure del Sistema; il sentirsi parte di una rete più ampia può aiutare. Segue **bibliocard**: tessera d'iscrizione alle biblioteche comunali di Roma¹⁸. Poi **collegare**: congiungere strettamente una cosa con un'altra. Poi **servizio**: impegno, lavoro, attività professionale. Poi **passaggio**: spostamento, trasferimento. Alla mancanza si risponde con il sostegno degli iscritti e con l'attingere a risorse più vaste. Poi **controllo**: da *contre rôle*, registro che fa da riscontro a un altro registro; verifica di un fatto, del corretto funzionamento di qualche cosa. Poi **attento**: che rivolge intensamente la mente a un oggetto, che pone molta cura. Cercando, collegandosi, favorendo i passaggi del bene da un luogo a un altro si può rispondere alla mancanza, ma ritorna l'esigenza di controllo e correttezza e il riferimento al mandato sociale.

Cluster 2 Bibliotecari

Opposto al C1 sul primo fattore e al C3 sul secondo. Variabili illustrative: anni servizio fino a 15.

La prima parola è **scuola**: mediante un insegnamento metodico, si mira a dare un'istruzione e una cultura; segue **guidare**: accompagnare, condurre qualcuno insegnando il cammino da seguire.

Poi **lettura**: l'attività distintiva della biblioteca. C'è un rapporto di dipendenza asimmetrica: la lettura come sapere al quale accedere accompagnati, condotti. Segue **gruppo**: insieme di persone o cose. Poi **amici**: persone che si conoscono, legate da reciproco affetto; poi **visite**: recarsi da qualcuno per cortesia, affetto, dovere. Recarsi in un luogo a scopo culturale o di studio, per turismo, per ispezionare, come pratica di devozione. Il gruppo che guidato apprende, è legato da amicizia ed è amico della biblioteca: sono persone che accettano la dipendenza da chi sa, che visitano interessati ad apprendere, devoti, i luoghi del sapere. Poi **famiglia**: persone legate fra loro da un rapporto di convivenza, di parentela. Poi **figli**: si sottolinea l'aspetto familiare, l'accompagnamento della crescita; è una relazione nota, entro un rapporto di dipendenza asimmetrica. Segue **poesia**: composizioni verbali che seguono specifiche restrizioni metriche; qualsiasi opera anche non verbale, con un valore «alto». Segue **foto**: l'immagine di persone, oggetti, situazioni. Questo

¹⁸ Dal sito Roma Capitale: "Con la Bibliocard sei iscritto al Sistema delle Biblioteche di Roma Capitale. Potrai usufruire di tutti i servizi di base [...] Con la Bibliocard sostieni concretamente la biblioteca in cui ti iscrivi".

http://www.bibliocard.it/index.php?option=com_content&task=view&id=51&Itemid=67

gruppo si riunisce intorno a rappresentazioni, anche con immagini e non solo parole, di persone e cose. Segue **mamme**: si accentua la dipendenza asimmetrica, infantile. Poi **iniziative**: capacità di proporre una cosa e indurre altri a farla. Poi **genitori, insegnanti**; quindi **incontrare**: trovare con o senza proposito, persone sulla propria strada. La biblioteca è visitata da piccoli gruppi di persone in un rapporto di conoscenza reciproca e di dipendenza affiliativa tra loro e con la biblioteca; riconosciuta la dipendenza dal sapere, ci si incontra, si hanno iniziative. Seguono **divertire**: interessare piacevolmente; **premio**: ciò che si riceve in riconoscimento di propri meriti; **cura**: riguardo, attenzione, impegno, diligenza; **raccontare**: esporre qualcosa a qualcuno; rispetto a narrare è più familiare, usato per fatti privati e quando il discorso è senza particolare cura o arte; **laboratorio**: locale dove si attende ai lavori di un'arte, o mestiere, o scienza; **asilo nido**: servizio pubblico per bambini dai due ai tre anni; luogo di formazione, socializzazione e stimolo delle loro potenzialità cognitive, affettive e sociali; affianca le famiglie nel compito educativo¹⁹. Poi **occasione**: ciò che cade a proposito, momento adatto, opportunità; poi **musica**: in senso antico tutte le scienze e le arti (riferite alle Muse); oggi l'arte dei suoni. Poi **educazione**: e *ducare*: condurre fuori; portare alla luce le migliori inclinazioni e combattere le peggiori; promuovere con l'insegnamento e con l'esempio lo sviluppo delle facoltà intellettuali, estetiche, morali, specialmente dei giovani. Poi **maestro**: persona che eccelle in qualche campo, tanto da poter costituire un modello; guida; persona cui si affida l'istruzione dei bambini della scuola elementare. Poi **organizzare**: ordinare, disporre; partecipare: **partecipare**: *pars capere*, prendere una parte; intervenire insieme con altri a qualche cosa.

Cluster 3 Bibliotecari

In rapporto con il polo negativo del II fattore. Variabili illustrative: front office, responsabili.

La prima coppia di parole è **spazio – aggregazione**. Spazio: entità indefinita e illimitata, all'interno della quale sono situati e si muovono i corpi. Luogo o tempo tra due termini. Aggregare: unire insieme, associare, ammettere a far parte di un gruppo. Poi **frequentare**: andare assiduamente in un luogo, trovarsi spesso con determinate persone. Poi **quartiere**: settore di una città individuabile per caratteristiche specifiche. Uno spazio potenzialmente privo di confini, indefinito, diventa contesto grazie ai rapporti creati da un gruppo che si ritrova, si frequenta, lo condivide. Poi **studente**: giovane che segue un corso di studi medi o universitari; **progetti**: ideazione, piano, proposta per l'esecuzione di un lavoro; **abitanti**: chi risiede abitualmente in una casa, in un paese; **anziani**: di età avanzata; **comunità**: persone che hanno comunione di vita sociale, collettività. Il passaggio generazionale avviene entro progetti che alimentano comunità e appartenenza. C'è lo scorrere delle generazioni e la comunità civica. Poi **Caritas**: da *caritatem*, amore; organismo diocesano istituito alla fine degli anni Settanta per promuovere carità e solidarietà verso le persone svantaggiate. Poi **disagio**: mancanza di comodità, ma anche di cose necessarie. Poi **integrazione**: rendere intero ciò che è incompleto, connettere le parti di un tutto. Poi **territorio**: da *territor*, possessore della terra; il territorio è posseduto da un animale, una persona, una comunità. Poi **straniero**: chi è di un altro paese; con connotazione ostile il nemico; estraneo. La relazione di convivenza entro la città diventa asimmetrica, c'è chi è svantaggiato, che può essere escluso, che va soccorso. Poi **emeroteca**: raccolta di giornali e periodici per consultazione e lettura; poi **Ostia**: i tre quartieri marini di Roma; **locale**: proprio di un determinato luogo; **vicino**: da *vico*, quartiere; che è dello stesso quartiere. L'emeroteca è la possibilità di frequentazione quotidiana della Biblioteca, ci si può andare a leggere il giornale, probabilmente incontrando spesso le medesime persone; si propone e si rafforza un sentimento di vicinanza entro aree eccentriche della città, periferiche; la Biblioteca può soccorrere. Poi **immigrato**: chi si è stabilito in un paese straniero; **sociale**: da *socius*, compagno; che vive in società, che è proprio di un insieme di persone la cui cooperazione ne assicura la sopravvivenza; **utilizzare**: impiegare utilmente; **lamentare**: comunicare dolore, rammarico, insoddisfazione; **solidarietà**: l'essere solidale con altri, dividerne idee, propositi, responsabilità; **accoglienza**: ricevere nella propria casa, ammettere nel proprio gruppo; con riguardo al modo, al sentimento con cui si riceve. Cooperazione, accoglienza, sentimento di solidarietà vanno continuamente rinnovati, il rischio del non essere riconosciuti come vicini è sempre presente, come pure quello del lamento impotente.

¹⁹Dal progetto di legge n. 1783; http://www.camera.it/_dati/leg14/lavori/stampati/sk2000/articola/1783.htm

Poi **edificio**: immobili realizzati dall'uomo; la Biblioteca è anche un luogo e un tetto sulla testa; **interculturale**: rapporti culturali tra paesi o istituzioni diversi; **periferia**: la parte marginale, contrapposta al centro, di un definito territorio abitato; **handicap**: fatto o situazione che mette una persona in condizione d'inferiorità; **missione**: mandare o essere mandato a compiere un incarico particolare; alto compito, funzione importante. Poi **internet**: una rete mondiale di reti di computer ad accesso pubblico. La periferia, l'handicap, il rischio di marginalizzazione si combattono con reti di comunicazione accessibili, pubbliche; questo è un valore, una missione.

Ricerca Bibliotecari. Sintesi dell'analisi.

Sul polo di destra del primo fattore è presente una cultura (C1) centrata sul mondo delle Biblioteche, caratterizzata dal possedere, custodire e prestare il bene-libro; ha a che fare con utenti singoli, individui con idiosincratici esigenze e interessi. Tra Biblioteche e utenti non c'è appartenenza condivisa, mancano quartiere e città; c'è il diritto ad avere il bene-libro, entro un sistema di controllo e tutela garantito dalla Biblioteca. Sulla competenza organizzativa prevale il mandato sociale con i suoi valori; il Sistema per altro è obsoleto; c'è un sentimento di mancanza. Variabili illustrative: back office; non c'è rapporto con gli anni di servizio. Sul polo in basso del secondo fattore (C3) c'è invece un contesto di relazioni da costruire, in rapporto con il quartiere della Biblioteca e con le diversità che lo abitano, specie quelle a rischio di emarginazione, entro il pragmatismo del progettare: il contesto per esistere deve essere pensato e accompagnato con iniziative; molto meno centrale del progetto c'è un vissuto di missione. Internet fa parte di questo cluster. Front office, responsabili. Una terza cultura, (C2), opposta a entrambe le precedenti, propone una dipendenza dell'utente affiliata, amica, da un sapere che viene trasmesso e da una Biblioteca idealizzata. Entro questa dipendenza che non prevede estranei si sviluppano iniziative, si costituisce un gruppo bonificato dai conflitti. Anni servizio fino a 15; non c'è rapporto con il ruolo. Le tre culture propongono tre modelli di rapporto: bonificato da differenze e conflitti entro una dipendenza asimmetrica il C2; con l'individuo caratterizzato da idiosincratici interessi il C1, dove si ricostituisce tutta la differenza tra pubblico che presidia regole e privato individuale; in rapporto con le diversità del contesto, prevalentemente percepite con scarso potere sociale, cui consegue il timore di non poterle integrare il C3. Il C2 include le diversità purché assimilate a sé; il C3 le vede, soprattutto se a rischio di emarginazione, e si adopera per restarvi in rapporto; il C1 le reifica entro le intrattabili differenze individuali che non debbono essere conosciute, ma rispettate nelle loro richieste purché non interferiscano con il funzionamento delle Biblioteche.

Confronto Clienti/Bibliotecari

Riprendiamo inclusione e integrazione. Nella prima, prevalgono agiti collusivi che istituiscono appartenenze inclusive, assimilando le diversità senza considerarle risorsa. Nella seconda prevale una relazione contestualizzata e pensata, che integra le diversità attraverso un loro riconoscimento, tradotto in sviluppo del contesto. La prima modalità risponde all'esigenza di base di istituire appartenenze che riconoscono il simile negando la differenza; la seconda all'esigenza di trattare la variabilità, interna ed esterna, di contesti che inevitabilmente e continuamente cambiano, elaborandola e rendendola fattore di sviluppo. Sono entrambe categorizzazioni emozionate della realtà, entro un continuum: da categorie semplificanti, tipo amico/nemico, proprie dell'inclusione, a categorie che leggono aspetti complessi del contesto, proprie dell'integrazione. Ogni contesto è sempre confrontato con le due esigenze: risolvere problemi di appartenenza e continuità, e problemi di variabilità. Le due ottiche determinano diversi obiettivi, metodi, e accertamenti di ciò che si fa (Paniccia, Giovagnoli & Giuliano, 2008). Nell'inclusione c'è un mondo funzionante, dove emozioni, cognizioni e attività rispondono allo scopo a meno che non ci siano errori. Si interviene su individui per ripristinare la funzionalità perduta, risolvendo problemi. Ci si conforma all'esistente, il contesto non è implicato negli interventi correttivi. È centrale il controllo che si attui ciò che ci si attende debba attuarsi. Nell'integrazione il contesto, creato dalla relazione delle persone che lo abitano, è in un continuo mutamento

e non è scontatamente orientato nel migliore dei modi. La manutenzione prevale sulla risoluzione di individuali problemi, e si investe sulla competenza delle persone a organizzare relazioni. Sul controllo prevale la verifica, l'aver criteri che diano significato a variabilità impreviste. Quando la variabilità è vissuta come troppo elevata, ad esempio nelle fasi anomiche della storia, possono prevalere difensivamente dinamiche inclusive che escludono con violenza le differenze. Le culture di Clienti e Bibliotecari rimandano sia all'integrazione che all'inclusione.

Clienti. L'inclusione è presente nel C4, dell'appartenenza entro la famiglia. Si riproducono le culture familiare e scolastica, con prevalenza di azioni sulla parola, entro un'appartenenza protettiva separata dal contesto più ampio, del mondo adulto e produttivo²⁰. Prevalde l'esclusione emarginante nel C3, dei cittadini anomici, aggrediti da poteri incompetenti e dalla guerra tra vicini, profondamente delusi nelle loro attese di inclusione affiliativa. Le risorse sono perse o distrutte e non si pensa di avere il potere di produrle²¹. C'è l'esclusione da un contesto adulto e produttivo nel C1, degli individui che si vivono con un potere basso e vogliono emanciparsi, essere inclusi. Le risorse necessarie per essere riconosciuti e inclusi non si producono nella relazione, ma si acquisiscono individualmente, con fatica, a caro prezzo, entro relazioni competitive. Si crede nel potere della competenza, sia pure entro una relazione costosa, dove si pretende un adeguamento a standard attesi, e dove c'è il rischio che venga voglia di mollare la presa, "assentandosi" da questo contesto angosciante. Nel C5 e C2 ci si integra confrontandosi entro la relazione; nel C5 entro un gruppo, nel C2 partecipando in modo impegnato alla vita del quartiere. In entrambi i casi c'è interazione tra l'acquisire e il produrre saperi e cultura; si riconosce una cultura "alta" fonte di identità (la poesia per C5, i classici per C2) ma a questo si accompagna un fitto scambio relazionale che produce cultura a partire dalle esperienze di vita dei cittadini del C2 e dei lettori del C5.

Bibliotecari. Per i Bibliotecari utilizziamo anche le categorie cliente/utente come modelli organizzativi, caratterizzanti un servizio. L'*utente* è un individuo con idiosincratice esigenze. Il servizio deve ricondurle a standard tramite norme e procedure per non essere in balia di intrattabili differenze individuali. Il correttivo della normalizzazione, che non supera il modello individualista, è il servizio personalizzato. Il *cliente* è un individuo caratterizzato dal rapporto con il contesto. La relazione con il servizio è mediata dal modo con cui il cliente lo simbolizza; se il servizio lo riconosce, è una domanda che produce sviluppo. Il C1 è inclusivo: in nome del diritto del singolo utente all'accesso alla conoscenza e alla cultura, usa procedure per ricondurre a norma e assimilare al suo funzionamento le differenze degli utenti - individui; questi ultimi non hanno altro rapporto che questo con le Biblioteche, e nessuno tra loro. La risorsa è data: è l'oggetto - libro consegnato a utenti che lo utilizzano altrove e individualisticamente. Da quest'uso non c'è ritorno condivisibile di sapere o cultura entro il rapporto utente/Biblioteca. È il cluster dell'utente "tipico". Il C3 è attento alle differenze che abitano il quartiere e si impegna per la loro integrazione entro progetti (si conosce il contesto per intervenire); la missione, dove prevarrebbe l'inclusione (si tutelano i diritti delle persone a rischio) è molto meno centrale. La missione risponde ai valori fondanti il mandato delle Biblioteche; il progetto esprime l'esigenza di sviluppare competenza organizzativa presente nell'attualità delle Biblioteche. In questa cultura è presente internet, ma è poco centrale: il rapporto con questa risorsa deve ancora trovare categorie che la interpretino e modalità riconosciute di utilizzo. Nel C2 c'è l'affiliazione alla Biblioteca di gruppi di amici, che crea un'appartenenza condivisa Clienti/Bibliotecari; non si prevedono differenze entro questa relazione. Entro questa "ideale" relazione, bonificata ma anche impoverita dall'essenza di conflitti e differenze, si

²⁰ Rimandiamo alle ricerche già citate sulla famiglia, che ne rilevano l'isolamento: Paniccia, Giovagnoli, Bucci & Caputo, e Paniccia, Giovagnoli & Caputo. (in press). Per un'analisi della scuola, che ne rileva l'autocentratura, inadatta a metterla in rapporto con la diversità e, in coerenza con questo, con contesti produttivi e adulti vedi Paniccia (2012b).

²¹ Sul vissuto anomico dei cittadini romani, vedi Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli & Sesto (in questo numero della Rivista). In questa ricerca si vede come la cittadinanza connessa l'anomia al prevalere di una violenta cultura del danaro che emargina i giovani e alla crisi della famiglia, isolata e non più in grado di sostenere i compiti di welfare che le vengono affidati.

trasmette cultura. Il C2 “bonifica” la diversità dell’utente individuo con i suoi interessi del C1 e quella del cliente con una propria domanda del C3, assimilando a sé chi si rivolge alle Biblioteche.

Le culture dell’inclusione sono individualiste. Ciascuno ha i suoi interessi, la relazione è competitiva (C1 Clienti), nemica (C3 Clienti), o fatta di estraneità entro relazioni senza conoscenza reciproca (C1 Bibliotecari). Nelle culture integrative prevale la relazione partecipativa tra persone, fondata sulla conoscenza delle differenze (C 2 e C5 Clienti, C3 Bibliotecari), che produce convivenza, cittadinanza, e conferisce un senso condiviso alle esperienze che si fanno. Quest’ultimo aspetto attraversa i prodotti delle culture integrative Bibliotecari/Clienti, ed è in specifico rapporto con le Biblioteche. Rimanda infatti alla rilevanza della dimensione simbolica e della funzione interpretativa che essa permette. Rimanda quindi alla parola, scritta e parlata, come organizzatore della vita di ciascuno e dei contesti che condividiamo. Ciò è particolarmente rilevante entro l’attuale cultura anomica, carente di ancoraggi interpretativi e simbolici. Contesto integrativo o inclusivo sono due modi di organizzare l’emozionalità polisemica; i fattori della ricerca sono organizzati da contrapposizioni simboliche; una loro lettura dinamica, per antinomie, che interpreti le relazioni esistenti tra le culture presenti nei dati, è più pertinente di una fatta nel registro positivo/negativo: anche qui vale l’utilità dell’integrazione più delle attese di inclusione omologante.

Conclusioni

Concludiamo rilevando che le culture analizzate dicono che l’inclusione si coniuga con la trasmissione di saperi e culture, a volte con la loro drammatica assenza; l’integrazione con la loro produzione. La ricerca intende dare criteri perché nel contesto Biblioteche e nella relazione Bibliotecari/Clienti sia possibile riconoscere, differenziare, mettere in relazione e potenziare occasioni di inclusione e soprattutto di integrazione.

Bibliografia

- Agnoli, A. (2009). *Le piazze del sapere. Biblioteche e libertà* [Squares of knowledge. Libraries and freedom]. Bari: Laterza.
- Agnoli, A. (2010). Le Biblioteche nella crisi [Libraries in the crisis]. *Biblioteche oggi*, 9, 5-9. Retrieved from http://virginiomerola.it/wp-content/uploads/2010/12/Le-Biblioteche-nella-crisi_Agnoli1.pdf
- AIB, (1999). Dichiarazione sulle biblioteche e sulla libertà intellettuale dell’IFLA/FAIFE [Declaration on libraries and intellectual freedom of IFLA/FAIFE]. *AIB Notizie*, 11, 4-5. Retrieved from <http://www.aib.it/aib/editoria/n11/99-05dichia.htm>
- AIB (2012). *Le biblioteche di Ente locale oltre la crisi: resoconto dei lavori* [Libraries of Local Body beyond the crisis]. Retrieved from <http://www.aib.it/attivita/2012/20879-biblioteche-ente-locale-oltre-crisi-resoconto/>
- Birdi, B., Wilson, K., & Cocker, J. (2008). The public library, exclusion and empathy: a literature review. *Library Review*, 57(8), 576-592. Retrieved from http://eprints.whiterose.ac.uk/10967/1/Birdi_10967.pdf
- Carli, R. (2006). La collusione e le sue basi sperimentali [Collusion and its experimental basis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 179-189. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychsociology of organizations and institutions]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Emotional Text Analysis: A tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. & Paniccchia, R.M. (2004). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2012). Convivere [Living together]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 184-200. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- CNEL/ISTAT (2013). *Rapporto Bes 2013: il benessere equo e sostenibile in Italia* [Report Bes 2013: fair and sustainable wellbeing]. Retrieved from http://www.istat.it/it/files/2013/03/bes_2013.pdf.
- Dian, F., Monti, S., Trimarchi, M., & Zanini, S. (2012). *Le biblioteche in Italia: valori, risorse, strategie* [Libraries in Italy: values, resources, strategies]. Milano: FrancoAngeli.
- Ferrieri, L. (2011). *Il futuro della lettura e della biblioteca* [The future of reading and library]. Retrieved from <http://ebookbrowse.net/relazione-definitiva-luca-ferrieri-pdf-d52188822>
- Galluzzi, A. (2009). *Biblioteche per la città: Nuove prospettive di un servizio pubblico* [Libraries for the city: New perspectives on a public service]. Roma: Carocci.
- IFLA (2001). *The public library service: IFLA/Unesco guidelines for development*. Retrieved from <http://archive.ifla.org/VII/s8/news/pg01-it.pdf>.
- IFLA (2002a). *The IFLA Internet Manifesto*. Retrieved from <http://www.ifla.org/III/misc/im-it.htm> e ultimo aggiornamento, 2004-01-18, <http://www.aib.it/aib/cen/ifla/manifinternet.htm>
- IFLA (2002b). *IFLA. Declaration on libraries and sustainable development..* Retrieved from <http://www.ifla.org/III/eb/sust-dev02.html>
- IFLA (2005). *Alexandria Manifesto on Libraries, the Information Society in Action*. Retrieved from <http://www.aib.it/aib/cen/ifla/aless.htm>.
- ISFOL (2013). *Le competenze per vivere e lavorare oggi: principali evidenze dall'indagine PIAAC/ISFOL (Competences to live and work today: main evidences form the PIAAC/ISFOL survey)*. *ISFOL Research Paper*, 9. Retrieved from <http://sbnlo2.cilea.it/bw5ne2/opac.aspx?WEB=ISFL&IDS=19566>
- ISTAT (2014). *Noi Italia 2014. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo* [We Italy 2014. 100 statistics to understand the country where we live in]. Retrieved from <http://noi-italia2014.istat.it/>
- Paniccchia, R.M. (2012). La competenza a integrare differenze [The competence to integrate differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Paniccia, R.M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories within a culture of social coexistence proposing risk for exclusion]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., & Giuliano, S. (2008). Per una psicologia clinica dello sviluppo. La competenza a costruire contesti come prodotto dell'intervento [On a developmental clinical psychology: Competence to build contexts as an intervention product]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55-74. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Sesto, C. (2014). La rappresentazione dell'Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento [The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A research-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 186-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., & Caputo, A. (in press). L'assistenza domiciliare per anziani. Il caso dell'Italia: la badante [In-home elder care. The case of Italy: the badante]. *Rivista di Psicologia Clinica*.
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Bucci, F., & Caputo, A. (in press). Famiglie con un figlio disabile. La domanda nei confronti dei servizi e della psicologia in Italia [Families with a child with a disability. The expectations toward services and psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*.
- PubliCA (1999). *Something for everyone: Public Libraries and the Information Society. First Pan-European Conference on Public Libraries in the Information Age*. Retrieved from <http://presentations.aakb.dk/CopenhagenConference99/report.pdf>
- Reinert, M. (1995). Les mondes lexicaux et leur logique à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars [The lexical worlds and their logic through the statistical analysis of a corpus of nightmares' reports]. In R. Cipriani & S. Bolasco (Eds.), *Ricerca Qualitativa e Computer*. (pp. 203-223). Milano: FrancoAngeli.
- Revelli, C. (2009). La biblioteca pubblica come luogo sociale. A proposito di Le piazze del sapere [Public library as social place. About the Squares of knowledge]. *Biblioteche Oggi*, 27, 7. Retrieved from <http://www.bibliotecheoggi.it/content/20090700701.pdf>
- Ridi, R. (2003). Un mosaico complesso: le biblioteche italiane [A complex patchwork: italian libraries]. *Economia della cultura*, XIII(3), 279-286. Retrieved from <http://eprints.rclis.org/4176/1/RidiEDC.pdf>
- Solimine, G. (2010). *L'Italia che legge* [The Italy which reads]. Roma: Laterza.
- UNESCO (1995). *Public library manifesto*. *Ifla Journal*, 21, 1, 66-67. Trad. it. *Manifesto Unesco per le biblioteche pubbliche*, AIB Notizie, 1995, 7, 5, 12. Retrieved from <http://www.aib.it/aib/commiss/cnbp/unesco.htm>
- Vecchiet, R. (2001). Le Commissioni nella legislazione regionale sulle biblioteche. Dalla gestione sociale alla crisi della partecipazione culturale [Commissions on regional law regarding libraries: from social

management to the crisis of cultural participation]. *Biblioteche oggi*, 9, 54-72. Retrieved from <http://www.bibliotecheoggi.it/2001/20010905401.pdf>

Williment, K. (2008, May). *It takes a Community to Create a Library*. Community Development Manager, Halifax Public Libraries willimk@halifaxpubliclibraries.ca Based on “Community-Led Libraries: Working Together With Your Community”, Preconference Session, CLA 2008: May 21, 2008 (Vancouver, BC). Retrieved from <http://libr.org/isc/wp-content/uploads/2013/03/Working-Together-paper.pdf>

Gruppo di ricerca

Rosa Maria Paniccia, docente MPSI08, Dipartimento 42, “Sapienza”, Roma; Cecilia Sesto, psicologa clinica, docente di SPS Corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica; Daniele Faro, Domenica Passavanti, Maria Cristina Nutricato, Eleonora Verdone, Stefano Zanfino, tesisti del Corso di laurea Magistrale L-51, Psicologia clinica della persona, delle organizzazioni e della comunità, Dipartimento 42, “Sapienza”, Roma.

Le 11 Biblioteche Comunali Romane implicate nella ricerca

BiblioCaffé Letterario, Biblioteca Borghesiana, Biblioteca Casa dei Bimbi, Biblioteca Centrale Ragazzi e Centro Specializzato Ragazzi, Biblioteca Elsa Morante, Biblioteca Franco Basaglia, Biblioteca Gianni Rodari, Biblioteca Guglielmo Marconi, Biblioteca Pier Paolo Pasolini, Biblioteca Renato Nicolini, Biblioteca Villa Mercede.

The development of social intervention in France: The local culture of the group “Pouvoir d’Agir”.

*Giuseppe Carollo**

Abstract.

The article proposes a report of a research carried out in collaboration with a French association, regarding a social subject perceived as very relevant in France: the socio-educational intervention in social exclusion field, in the area of French cities. Research has explored, in a clinical psychology perspective, the interest to this subject among researchers and professionals included in this context. Subjects participating to the research work refer to a specific French group, named “Pouvoir d’Agir”. This group has got as finality to propose to citizenship some innovative measures to fight against social and political exclusion, by means of reinforcement of the “empowerment” of citizens.

The author utilises the report as a fundamental methodological instrument of clinical psychology and in the process of verification of intervention. Starting from first explorative hypothesis and analysis of data, the paper proposes an interpretative reading of the group’s collusive symbolisations, object of the research and their connections with the evolution of the wider social context.

Keywords: social exclusion, socio-educational intervention, empowerment, report; collusive symbolisations.

* The Author is a clinical psychologist. He works in the psychological research and intervention, in Italy and in France.

L'evoluzione dell'intervento sociale in Francia: La cultura locale del gruppo "Pouvoir d'Agir"

Giuseppe Carollo*

Abstract

L'articolo discute una ricerca attuata in collaborazione con una associazione francese, su un tema molto sentito in Francia: l'intervento socio-educativo nell'ambito dell'esclusione sociale nelle città francesi. La ricerca propone l'esplorazione del tema, in un'ottica psicologico-clinica, tra gli stessi ricercatori e professionisti implicati in questa area. I soggetti della ricerca fanno parte di un gruppo chiamato "Pouvoir d'Agir". Questo gruppo ha come finalità quella di proporre alla cittadinanza misure innovative contro l'esclusione sociale e politica, tramite il rafforzamento dell' "empowerment" dei cittadini.

L'autore assume il resoconto come strumento metodologico fondamentale in psicologia clinica e nella verifica dell'intervento. Partendo dalle prime ipotesi esplorative e dall'analisi dei dati, verrà proposta una lettura interpretativa delle simbolizzazioni collusive del gruppo, oggetto del lavoro, ed il loro legame con l'evoluzione del contesto sociale più ampio.

Parole chiave: esclusione sociale; intervento socio-educativo; empowerment; resoconto; simbolizzazioni collusive.

* The Author is a clinical psychologist. He works in the psychological research and intervention, in Italy and in France.

Il lavoro prende avvio da una partecipazione a un concorso per una borsa di ricerca promossa dall'università "Sapienza" di Roma.

Queste, quindi, le premesse: nella primavera 2012 partecipo ad un concorso per una borsa di ricerca per attuare dei progetti di perfezionamento all'estero. Il progetto, per poter esser realizzato, richiede una partnership estera.

Prendo contatto, a tal fine, con una associazione francese, di Marsiglia, che lavora nell'ambito dello "sviluppo locale"¹. Nell' articolo chiameremo questa associazione DLM (développement local Marseille). L'associazione lavora in particolare nell'ambito rurale, in zone cioè contraddistinte da una bassa densità di popolazione, situate al di fuori dell'indotto urbano; lo "sviluppo locale" permette quindi di finanziare delle iniziative volte a incentivare le dinamiche socio-economiche di queste zone. L'associazione DLM si occupa in particolare di costruire e di animare gruppi di incontro tra cittadini che hanno come scopo quello di lavorare su dei progetti di sviluppo sostenibile, la produzione ed il commercio di prodotti locali, il turismo eco-sostenibile, ecc.

Durante alcuni colloqui avuti con il direttore dell'associazione, discutiamo dell'interesse che potrebbe avere l'associazione a sviluppare un asse "urbano" del proprio lavoro. Lo "sviluppo locale" potrebbe infatti permettere di lavorare nelle comunità urbane, su problematiche diverse da quelle incontrate in ambito rurale, come l'esclusione sociale, l'assenza dei servizi, l'interruzione del percorso scolastico, etc., nelle zone più popolari e periferiche di una città. Si tratta di dimensioni che sono portate avanti dallo "sviluppo locale", in quanto da una parte c'è un mandato che tende a favorire le dinamiche aggregative in ambiti rurali, d'altra parte si finanziano interventi per contrastare l'emarginazione sociale e istituzionale in ambiti cittadini.

L'associazione mostrava già un'apertura in tal senso, partecipando ad alcune riunioni che avevano luogo a Marsiglia, sul tema del possibile inizio di un intervento socio-educativo in alcuni quartieri della città.

Su questo interesse, l'associazione mi propone di incentrare la ricerca sul tema del "Pouvoir d'Agir".

Il "Pouvoir d'Agir" (traduzione francese del termine inglese "empowerment") è il nome che dei professionisti francesi, afferenti a varie associazioni a scopo sociale, hanno dato al proprio gruppo, o collettivo, che si riunisce in modo costante per parlare di misure innovative da proporre contro l'esclusione sociale e politica, che concerne in particolare la popolazione di alcuni quartieri (Collectif Pouvoir d'Agir, 2013); la finalità del gruppo è di poter dare la parola, e attraverso questa di indurre una "capacità ad agire", agli abitanti dei quartieri in difficoltà, emarginati ed esclusi. L'origine di questo gruppo è legata alle riflessioni che hanno fatto seguito, in Francia, ai disordini delle *banlieues* di varie città del territorio nazionale nel 2005 (note anche in Italia). Il collettivo pensa allora alle possibili azioni da svolgere sul territorio, in particolare in direzione di coloro che sono considerati gli abitanti più disagiati, esclusi e socialmente marginali, al fine di poterli implicare in un processo di partecipazione attiva.

I primi contatti con il gruppo e lo studio documentario.

Partecipando alle prime riunioni del gruppo, e leggendo i documenti disponibili che rendevano conto del dibattito sociale che aveva luogo in Francia dall'autunno 2005, mi rendo conto che le riflessioni partecipate nell'ambito del collettivo sono piuttosto varie, a fronte e a scapito dell'attesa uniformità ed omogeneità della finalità del gruppo (lavorare a favore degli emarginati e degli esclusi). I membri, d'altronde, si rifanno a diverse appartenenze professionali – urbanisti, sociologi, educatori specializzati, *travailleurs sociaux*, animatori² – e a diversi ambiti decisionali – professori, direttori di strutture, formatori, operatori a diretto contatto con gli utenti.

¹ Lo sviluppo locale fa parte della più ampia dimensione della "gestione territoriale" francese. Nato tra gli anni '60 e '70, lo sviluppo locale ha come finalità quella di incentivare le iniziative locali in quanto fonte di sviluppo economico alternativo alle misure "up-down", attuate centralmente da parte dello Stato. Attualmente lo "sviluppo locale" fa riferimento a due grandi sistemi territoriali: le comunità urbane e le comunità di agglomerazione, a seconda della prossimità geografica con zone più o meno densamente popolate, e dunque più o meno legate all'attività economica delle grandi città francesi.

² Queste ultime professioni fanno riferimento ad ambiti professionali specifici in Francia, con una storia e un'evoluzione della professione particolare. Sono delle professioni forse paragonabili all'educatore italiano, professione

L'associazione ha anche la prospettiva di organizzare un seminario sul Pouvoir d'Agir, a Marsiglia, per portare la discussione sul tema anche in questa zona della Francia (generalmente gli incontri hanno luogo a Parigi).

Propongo all'associazione di lavorare su questo progetto tramite un ancoraggio ad una teoria psicologico clinica che possa mettere in evidenza le culture collusive del gruppo (Carli & Paniccia, 2003). Una ricerca di tipo esplorativo sulla cultura locale del gruppo Pouvoir d'Agir poteva aiutare le riflessioni dell'associazione DLM a situarsi in questo contesto, e a pensare nuove vie di sviluppo. L'esplorazione avrebbe potuto inoltre alimentare la riflessione in vista del seminario, con la possibilità di organizzarne lo svolgimento mettendo in evidenza alcuni punti di interesse. L'associazione ha accettato questa proposta. Insieme al direttore dell'associazione, decidiamo di svolgere dei colloqui con alcuni membri del collettivo. Impostiamo il colloquio secondo due riferimenti generali: "che cos'è il Pouvoir d'Agir; quali esperienze possono far riferimento ai principi del Pouvoir d'Agir".

Una prima ipotesi, in relazione alla lettura dei documenti ed alle prime riunioni parigine, concerneva il modo particolare che i membri del Pouvoir d'Agir avevano di organizzare il discorso, quando veniva loro chiesto di parlare o di scrivere sul Pouvoir d'Agir stesso: da una parte il Pouvoir d'Agir e il senso ideale del proprio lavoro; da un'altra parte i problemi. La discussione sul Pouvoir d'Agir infatti poteva facilmente prendere una piega ideologica, tramite l'idealizzazione delle finalità delle professioni del "développement social", mettendo da parte allo stesso tempo le esperienze e i problemi del lavoro quotidiano, più complessi, sentiti penosamente in molte circostanze, che tiravano in ballo la relazione dei diversi professionisti con l'utenza e con la committenza, e l'evoluzione che queste relazioni hanno avuto nel corso del tempo. Le due parti del discorso erano spesso trattate indipendentemente dai partecipanti.

La parte del colloquio che faceva riferimento all'esperienza, andava quindi nella direzione di portare l'analisi e la riflessione alla relazione tra esperienza quotidiana e nucleo ideologico, per poter meglio comprendere i desideri e le attese che animavano i partecipanti circa la condivisione dell'appartenenza al gruppo.

Metodologia.

Sono stati intervistati quindi, da ottobre 2012 a febbraio 2013, 12 membri del Pouvoir d'Agir, a partire da una proposta fatta al direttore di DLM, sviluppatasi nel rapporto di committenza. Le interviste sono state riunite in un corpus unico e sono state analizzate tramite AET (Analisi Emozionale del Testo, Carli & Paniccia, 2002) L'AET è un metodo che permette l'analisi fattoriale e delle cooccorrenze lessicali, individua nel corpus testuale cluster di parole emozionalmente dense che informano sulla dinamica emozionale dei nostri interlocutori in rapporto al tema su cui sono stati intervistati.

In questo articolo proponiamo gli elementi principali della ricerca: i risultati dell'analisi del testo e l'interpretazione dei dati.

Diciamo subito che questo lavoro ha permesso due sviluppi principali: 1) la restituzione dei risultati dell'analisi dei testi ai partecipanti; 2) la riflessione con l'associazione DLM, partner del lavoro, circa i possibili sviluppi da dare nell'ambito del gruppo Pouvoir d'Agir.

Riporteremo nell'articolo soprattutto quanto detto e sviluppato nell'ambito dell'incontro di restituzione, che ha permesso di arricchire i dati grazie al pensiero sulle dinamiche emozionali che la ricerca stessa ha messo in evidenza.

questa ultima che sembra tuttavia avere dei contorni meno chiari e riconoscibili che in Francia. Nel corso dell'articolo parleremo ancora di queste professioni, che avranno una rilevanza particolare per quanto concerne i risultati della ricerca qui presentata.

Analisi dei dati.

Seguendo la metodologia AET, abbiamo lavorato sul corpus testuale per individuare le «parole dense» da porre in analisi. L'aggregazione di parole dense, grazie al calcolo delle co-occorrenze, permette la creazione di cluster. Il ricercatore può dare un'interpretazione dei cluster grazie ai modelli proposti dalla psicologia clinica. Al fine di caratterizzare la simbolizzazione emozionale propria di ogni cluster, un processo importante adottato nell'analisi è quello della riduzione della polisemia delle parole dense. Le parole dense infatti, ricche di polisemia e con bassa ambiguità, sono parole che permettono un'evocazione infinita di significati (Matte Blanco, 1975; Carli & Paniccia 2003). Il senso emozionale dei Cluster sarà rintracciato nell'ambito del paradigma indiziario descritto da Ginzburg (1979/2000), grazie alle riflessioni che l'etimologia delle parole ci aiuterà a mettere in evidenza. Abbiamo utilizzato, per effettuare lo studio etimologico delle parole, il dizionario etimologico francese Le Robert (Picoche, 2008).

Risultati.

Il piano fattoriale è a due fattori che spiegano il 79.38% della inerzia totale (Figura 1).

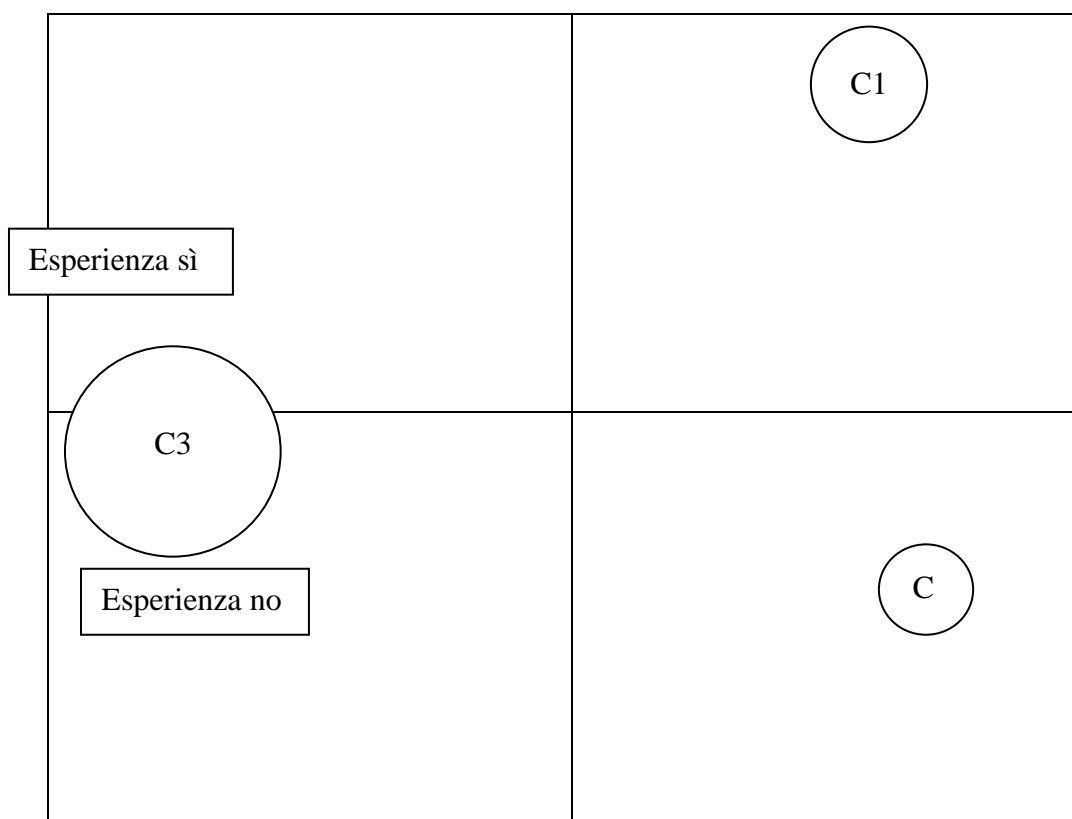


Figura 1. Piano fattoriale e Cluster

Il primo è l'asse orizzontale – che aggrega il 57,90 % del testo analizzato, con C2 e C1 sulla polarità positiva, C3 sulla polarità negativa. Il secondo è l'asse verticale – che aggrega il 42,10% del testo analizzato – con C1 sul polo positivo e C2 sul polo negativo (Tabella 1).

Il C.1 organizza il 16,79 % del testo messo in analisi; il C.2 l'11,65 %; il C.3 il 71,56 %.

Tabella 1. Rapporto cluster (C) – fattori (F) (coordinate dei cluster)

	F 1	F 2
C1	.630	.773
C2	.955	-.802
C3	-.318	-.048

Ricordiamo che la variabile “esperienza” fa riferimento alla modalità dei partecipanti di parlare, o meno, di un'esperienza lavorativa.

La modalità “esperienza sì” è in relazione con C. 1 e 2 (rispettivamente con un valore di 52,92 e di 32,61 di chi2). La modalità “esperienza no” è in relazione con C. 3 con un valore 101,78 di chi2 (Tabella 2).

Tabella 2. Rapporto tra cluster (C) e variabili illustrative (χ^2)

Cluster	Esperienza no	Esperienza sì
C1		52.92
C2		32.61
C3	101.78	

Tabella 3. Le parole dense dei tre cluster in ordine di chi quadro (χ^2)

C1	χ^2	C2	χ^2	C3	χ^2
habitant/s	210.89	ville	222.05	éducateur	29.31
demande	60.62	urbain	99.70	formation	22.70
concertation	53.80	centre	92.59	travail_social	22.18
service/s	46.64	ensembles	84.04	développement	15.44
bailleur	43.84	architecte/s	68.78	question/s	14.85
élu	41.09	marseille	63.41	conscience	13.60
revendication	38.61	bureau	60.99	regard	13.01
feu	34.85	population	57.39	posture	12.18
stratégie	33.94	projet	53.12	individu	11.80
route	33.69	rénovation	53.01	idée	11.58
envoyer	33.69	époque	47.17	réseau	10.94
réunion	33.27	équipe	47.03	empowerment	10.70
public	31.35	immeuble	45.69	professeur	10.46
colère	29.85	urgence	44.95	transformation	9.90
ANRU	29.85	définir	44.95	pratique/s	9.64

Discussione dei risultati dell'analisi.

Prime riflessioni generali.

L'80% del testo analizzato ha contribuito alla costruzione delle co-occorrenze e del piano fattoriale. In ordine al tema proposto, si evidenziano delle nette polarizzazioni nel discorso dei partecipanti; le relazioni tra cluster sembrerebbero avvalorare questa osservazione: tre nuclei collusivi distanti tra loro e fortemente polarizzati sui due fattori.

Prenderemo in esame in primo luogo i due Cluster correlati all'esperienza di lavoro (variabile: esperienza "sì").

Cluster 1

In rapporto alla polarità positiva del primo e del secondo fattore. Variabile illustrativa: "esperienza sì".

**habitant/s demande concertation service/s bailleur élu revendication feu stratégie
route envoyer réunion public colère anru**

La prima parola densa del cluster è **Habitant/s** che fa riferimento al verbo *abitare* ed al nome *abitante*. Abitare ha la stessa radice di *avere*. Nel senso di "stare", "occupare", *avere* è stato via via sostituito dal suo frequentativo *abitare*.

Abitare denota l'esistenza in un luogo, una presenza, che si caratterizza per l'occupazione di uno spazio. Abitando in un luogo ci si definisce, e ci si fa riconoscere per coloro che vengono da fuori. L'abitante si definisce quindi tramite un'esistenza di *fatto*, l'occupazione di uno spazio, che non può esser messo in discussione se non in casi estremi ed al di fuori delle regole dello scambio democratico, come potrebbe essere il caso delle guerre e dell'invasione di un territorio¹. Tutte le persone hanno il diritto fondamentale di abitare; l'occupazione di uno spazio sembra allora legato ad un diritto fondamentale delle persone e dei gruppi sociali.

L'*abitare* quindi come una questione di diritti fondamentali della persona, che si manifestano evidentemente, come un'esigenza legata all'occupazione fisica di un luogo; e inoltre l'*abitante* uniforma e omogeneizza l'idea di prender parte a gruppi sociali, riducendo ogni appartenenza ad una questione di relazione tra abitanti, senza differenze.

Da una parte quindi la referenza ai diritti, da un'altra parte l'uniformità, l'uguaglianza, l'assenza di differenze. Le due successive parole dense "demande" e "concertation" evocano una emozionalità conflittuale: da una parte la fiducia data in rapporto ad una domanda, dall'altra una relazione di rivalità in rapporto alla "concertation". **Demande** dal latino *de-mandare*, parola composta da *de* e *mandare*, che deriva da *manus*, mano. La mano, simbolo di forza e di autorità. *Demandare* consiste nel dare fiducia a qualcuno (mettere nelle mani di) circa il portare a termine un lavoro, una ricerca.

Il Cluster propone un rapporto con un'utente, l'abitante, che pone una domanda entro una relazione di fiducia.

La parola "concertation", dal latino *concertare*, composto da *cum* e *certare*, che sta per "cercare di ottenere una decisione, dibattere". La parola deriva dall'italiano antico *concertare* "rivalizzare", poiché in questa forma musicale il solista rivalizza con l'orchestra.

Restando nel gergo musicale, sembrerebbe che la fiducia accordata alla relazione tra utenza e professionista sia il preludio ad un altro momento, atteso da tutti, in cui si possa mettere in gioco la rivalità, come in un'aria

¹ O in un altro caso ancora, più curioso, che ci è stato raccontato da un partecipante nel corso dell'incontro di restituzione. Questa persona è il direttore di un centro che si occupa di dare una fissa dimora ai senza tetto, come misura di reinclusione della persona nelle regole sociali di convivenza. Egli ci dice che abitare è il primo atto politico dell'uomo, pur restando intimo; è un atto che vale per tutti gli uomini. In genere infatti anche i senza tetto sanno dove abitano, così come trovano il modo di farsi prestare un domicilio postale. Tutti tranne uno, un signore – un senza fissa dimora – che dichiara a tutti provocatoriamente di non abitare da nessuna parte. L'affermazione destava forte stupore nei suoi interlocutori. Alle insistenze di questi ultimi, questo signore rispondeva che, sepplicemente, lui non abitava.

in cui il tempo della narrazione è sospeso per permettere che i personaggi giochino e rivalizzino musicalmente tra di loro, entro un conflitto armonico. Un gioco ed un conflitto ben conosciuto, e anzi momento teatrale fondamentale, sia per gli attori che per gli spettatori.

Questo Cluster sembra porci nel contesto di un gioco di alleanze e rivalità, con ruoli definiti e prevedibili. Le parole seguenti sembrano declinare personaggi e trama generale: **service/s, bailleur, élu, revendication**. La questione dei diritti da acquisire e da rivendicare si ripropone, e l'emozionalità di questo Cluster sembra organizzarsi intorno al vissuto di rendere servizio ad un altro, l'abitante/servo, (i Romani chiamavano Servus il nemico fatto prigioniero, che era conservato - dal latino *servare*, dall'italiano *serbare* - per essere venduto più tardi. Questa parola introduce la dimensione di un potere che può disporre della vita e della morte di un altro, potenzialmente asservito).

La parola "bailleur" aggrega sia la parola "bail" che "bailleur(s)", in italiano rispettivamente "contratto d'affitto" e "locatore(i)". La parola viene dalla famiglia interamente popolare del latino *bajulus* "facchino", "mestiere che consiste nel portare dei fardelli", che ha preso nel latino ecclesiastico il senso di "tutore, incaricato delle faccende di un minore". Insieme ad *el* (dal latino *e*, che indica separazione, e *legere* "cogliere", "scegliere tra più cose quella che è la migliore") le parole introducono una relazione con degli organismi che rappresentano gli interessi di più persone. Ritroviamo in esse i rappresentanti di un potere forte, con i quali è possibile rivaleggiare proponendo la rivendicazione di certi diritti. Rivendicazione, dal latino giuridico *rei*- "di nuovo, addietro" e *vindex-icis* "cauzione fornita dal difensore che si sostituisce all'accusato davanti al tribunale", da cui "protettore" e "vendicatore".

La rivalità di cui parla questo Cluster è quindi rivolta verso l'esterno, a degli organismi ai quali ci si rivolge per rivendicare i propri diritti, partendo dalla posizione di abitante. La mediazione che i professionisti assumono entro questa relazione è fortemente caratterizzata da dinamiche di potere (potere basso degli abitanti, che chiedono di ottenere certi diritti; potere alto dei rappresentanti politici ed economici, che hanno il mandato sociale per rispondere - *mandato*, parola che deriva anche essa dal latino *manus*, evocante il potere). Il confronto così è con una domanda che mira ad ottenere più potere e che viene espressa, per definizione, da un attore sociale messo in una posizione di potere basso: il cluster sembra proporre la collusione con un potere debole e rivendicativo. La fiducia che il mandato sociale attribuisce ai grandi locatori locali ed ai politici e che non sembra essere corrisposta dagli "abitanti", è allora intercettata dai professionisti che la utilizzano per organizzare la lotta delle rivendicazioni pubbliche e per identificarsi come i *veri* rappresentanti degli abitanti.

In questa dinamica identificativa possiamo rintracciare l'idea della uniformazione e della omogeneizzazione che è evocata dalla parola "abitante". Si tratta di una identificazione con la parte debole, che se permette di alimentare il gioco infinito della provocazione, in quanto risposta reattiva ad una relazione di dipendenza, allo stesso tempo conduce ad una possibile perdita identitaria. Questo Cluster propone infatti un professionista che si immagina di essere al servizio dei beni fondamentali delle persone, deboli per definizione e prive di potere in rapporto ai rappresentanti ufficiali, e che accetta la proposta collusiva volta alla provocazione di queste stesse istituzioni. La perdita di una funzione di spazio terzo è strettamente legato al gioco della provocazione, poiché questa dinamica porta ad una identificazione per procura con la parte provocata di cui si vorrebbe fantasmaticamente prendere il posto. La provocazione è, in questo senso, un agito emozionale aggressivo, che confonde l'amico con il nemico (Carli & Paniccia, 2002): l'altro, avendo un mandato sociale che ufficializza la sua posizione ed il suo lavoro, può ricevere le domande e le rivendicazioni dei professionisti, confusi con gli abitanti. L'altro è sentito, in questo modo, come un amico persecutore: l'istituzione è obbligata a ricevere le richieste dell'utenza, e di conseguenza ne riconosce il ruolo; allo stesso tempo l'istituzione conserva la sua posizione, intorno ad un potere forte, e non accetta i contenuti delle rivendicazioni.

Il gioco della rivendicazione propone implicitamente il rifiuto delle questioni poste, da parte delle istituzioni che le riceve e che detiene il potere; è anzi questa asimmetria che permette di organizzare la relazione sociale su una nuova tensione sociale e su un eterno nuovo conflitto, volto all'ottenimento di nuovi diritti che ci si immagina, ancora, fantasmaticamente non ottenere. Lo stesso ottenimento dei diritti rivendicati si prefigura, paradossalmente, come pericolosa, perché la proposta collusiva provocatrice non potrebbe più, in questa eventualità, essere confermata dal sistema di realtà. Questa eventualità reale (l'ottenimento dei propri

obiettivi rivendicativi) metterebbe i professionisti in una posizione di fallimento in rapporto al sistema collusivo prevalente utilizzato fino a quel momento; essi sarebbero così confrontati alla necessità di proporre degli oggetti di scambio tra le parti sociali, e non più l'alimentazione infinita della tensione tra queste stesse parti, che vede nei diritti e nelle rivendicazioni i pretesti di questa relazione.

Le parole che seguono sembrano sviluppare il gioco della provocazione, specificando il terreno della rivendicazione: la **route**, le **feu** e l'espace **public** (la strada, il semaforo, lo spazio pubblico). È interessante notare come in queste parole sia possibile scorgere una fantasia esibizionista, da una parte, e una dinamica di appropriazione dall'altra. Nello spazio pubblico ci si fa riconoscere: l'azione provocatrice ha la capacità di fare delle alleanze, di implicare i passanti, magari nel tempo di brevi istanti provvisori ma fortemente emozionati; i passanti, persone "bloccate" mentre sono alla guida nel traffico delle grandi città, diventano spettatori (*il pubblico*) e allo stesso tempo attori *pubblici* della manifestazione, essendo per definizione sensibili ai temi di interesse generale. La **collera** permette questa trasformazione. La collera è un sentimento fortemente condiviso, soprattutto se si pensa al traffico (Carli & Paniccchia, 1999), il blocco della strada, la fila delle automobili a cui è possibile dare i volantini informativi, la lotta per l'ottenimento di piccoli ma fondamentali obiettivi, come l'installazione di un semaforo³ che permette il passaggio dei pedoni...

E d'altra parte queste parole ci immergono in un nuovo gergo militare, che rassomiglia ad un gioco di ruolo in cui l'obiettivo principale è l'appropriazione dello spazio pubblico. Strategia, dal greco *stratos* «folla, truppa, esercito», da cui deriva *stratègia* «gestione di un esercito»; "route", dal latino *via rupta* «cammino aperto tagliando (nella foresta)».

L'ANRU⁴ diventa una delle istituzioni nazionali maggiormente presa di mira, colpevole di non aver organizzato dei sistemi di concertazione con gli abitanti e di avere surretiziamente agito per privilegiare una strategia di costruzione/rinnovazione dell'immobile, sacrificando tutta la dimensione ben più impegnativa e complicata dello sviluppo sociale.

In sintesi, il Cluster 1 ci propone una rappresentazione collusiva dei professionisti circa il lavoro "sul terreno".

I professionisti si confrontano con una pretesa avanzata dall'utenza: questa pone una domanda che concerne i diritti fondamentali, legata al fatto stesso di abitare in un luogo. Queste domande sembrano essere rivolte in primo luogo a delle istituzioni che, a loro volta, sembrano non essere interessate o capaci di intercettarle, in quanto oggetto che rientri nelle proprie competenze. Le istituzioni avrebbero altri obiettivi, volti a rinforzare il potere autoriferito e privatistico, il potere senza competenza. La relazione tra abitanti e istituzioni sembra allora essere caratterizzata dal conflitto aperto.

Nell'ambito di questo conflitto, i professionisti si alleano con gli abitanti, condividendo l'interesse per gli stessi argomenti e rivendicazioni. Le competenze organizzative e strategiche dei professionisti permettono di trasformare le pretese degli abitanti in atti provocatori, con il costo di una perdita potenziale dell'identità professionale. La provocazione permette in questo modo di strutturare un contesto, con degli obiettivi, dei personaggi ed un partner: essa permette la creazione di un'identità. Questo processo sembra costituire

³ Per ciò che concerne il semaforo (in francese "feu"), un partecipante alla riunione di restituzione ci racconta come anticamente i "feux", intesi come fuochi, caminetti presenti in una data località, servivano come base materiale per stimare la tassa che gli abitanti dovevano al proprio signore (una sorta di attuale dichiarazione sulla casa); in questo modo, il "feu" potrebbe essere inteso simbolicamente come la posta in gioco che il signore pretende dalla comunità perché questa possa beneficiare della sua protezione. Nel nostro Cluster il "feu" sembra aver ereditato il senso di "posta in gioco", ma questa è riproposta in modo invertito, dall'abitante verso l'istituzione.

⁴ Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine, l'ANRU è un'organizzazione pubblica francese creata nell'agosto 2003, che provvede all'organizzazione dei progetti urbani volti alla rinnovazione urbana. L'ANRU risponde al ministero du Logement et de la Politique de la Ville. In particolare, l'ANRU finanzia progetti nei quartieri considerati in difficoltà, o sensibili, i ZUS: zones urbaines sensibles. Molti attori che lavorano in questo ambito contestano all'ANRU di proporre interventi fondamentalmente strutturali e funzionalisti, senza prendere in conto la dimensione sociale dell'abitato, o cogliendola soltanto dal punto di vista della mixité sociale degli abitanti, altro concetto fortemente contestato, in riferimento al sistema di pensiero che ne è alla base ed agli effetti che queste politiche producono realmente nei quartieri in rénovation urbaine.

l'obiettivo centrale dell'intervento dei professionisti: la pretesa degli abitanti, legata ad un sentimento di anomia che simbolizza tutto il sistema sociale come colpevole e persecutivo, è addomesticata e resa socialmente condivisibile, grazie a schemi di azione aggressivi (dal latino, *ad- gredi*, "andare verso") fondati su sentimenti di rivalità e di collera.

In una intervista, una persona si identificava con un fusibile: un pezzo che assicura la trasmissione di energia, da un polo all'altro, di modo che le sovraccariche non danneggino tutto l'apparecchio in funzione. In primo luogo, ciò che salta è proprio il fusibile.

Il cluster ci confronta con una marcata criticità: la distanza che intercorre tra finalità produttive (la dimensione più vicina alla domanda di realtà) e processo di intervento. Uno sviluppo possibile si individua nel non colludere con la dinamica proposta; tuttavia questa possibilità non sembra potersi produrre facilmente come un'alternativa percorribile, in quanto attualmente il sistema collusivo fondato sulla provocazione sembra esser proposto in una dinamica agita da tutte le parti in gioco (professionisti, abitanti ed istituzioni). La dinamica emozionale proposta dal cluster non costruisce spazi e momenti nei quali poter proporre un pensiero sulle domande e sulle relazioni istituzionali; al contrario, il nucleo emozionale del cluster propone un continuo rilancio dell'azione. Un pensiero sull'azione e sui suoi principi organizzativi sembrerebbe possibile in caso di rottura imprevista della dinamica provocatoria, e di conseguente crisi del sistema collusivo.

Cluster 2.

In rapporto alla polarità positiva del primo fattore e negativa del secondo. Variabile illustrativa : "esperienza sì", con l'11,65% del totale di testo messo in analisi.

**Ville urbain centre ensembles architecte/s marseille bureau population projet
rénovation époque équipe immeuble urgence définir**

Ville, termine composto dalla radice indo-europea *weik-*, che indica l'unità sociale immediatamente superiore alla famiglia. Dal gallo-romanico "agglomerazione urbana" o "villaggio".

Il cluster 2 ha come centralità emozionale la "ville" (in italiano "città"). La parola introduce la relazione tra famiglia, sistema sociale e comunità.

In "Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi", Ginsborg (1989, p. 330), trattando del cambiamento dell'istituzione della "famiglia" in Italia negli anni '70, fa riferimento ad una citazione di Laura Balbo sul concetto di privato entro la famiglia: privato come competitività (tra famiglie), come contrapposizione a collettivo (cercare soluzioni a problemi particolari), come non politico (bisogni riferiti al micro sistema familiare, chiuso, che impedisce la solidarietà). La città come unità di riferimento fa pensare all'equilibrio tra sistemi privati e sistemi pubblici di convivenza. Ma la storia delle relazioni tra individuo, famiglia e società è molto antica. Si pensi ad esempio al conflitto politico che intercorse ad Atene nel 450 a.C. tra Cimone e Pericle: il primo favoreggiava un sistema di governo basato sulla decisione dei saggi, con il rischio di mettere il governo in mano ad una gestione privatistica (aristo-kratos); il secondo che perorava invece il sistema di democrazia radicale, che portava con sé il rischio di populismo. Questioni che tiravano in ballo, già nella culla delle prime sperimentazioni politiche in senso democratico, l'equilibrio tra famiglia e società, tra pubblico e privato.

Lo studio e l'intervento sulla "ville" sembra porci nell'universo politico e organizzativo delle comunità. Pensiamo all'idea di senso civico che il sociologo americano Putnam ha proposto, negli anni '70, per studiare le amministrazioni regionali italiane, alternativo al clientelismo. Senso civico e clientelismo che hanno, per il sociologo, le loro radici in una storia politica che ha favorito lo scambio orizzontale tra famiglie (soprattutto al nord, tramite l'organizzazione in città-stato) o lo scambio verticale del feudalesimo, caratterizzato da

obbedienza e trasgressione con il potere forte.

La parola seguente è **Urbain**, dal latino *urbs urbis*, “città” ed in particolare la città di Roma, che gli anziani raccordarono a *urv-are* “tracciare un solco”, nel senso di delimitazione di un territorio religioso, un circuito, il recinto di una nuova città, che si lega alla parola *urv-us* “curvo”.

Questo cluster propone la delimitazione di una città, il solco da tracciare; la delimitazione di un territorio quale questione assai critica e delicata; ricordiamo come nel primo Cluster l'ANRU, l'agenzia deputata alla gestione del territorio, sia il bersaglio dei professionisti militanti, schierati con gli abitanti e le loro rivendicazioni. L'ANRU è quindi l'oggetto esterno potente, colpevole di amministrare arrogantemente il territorio. Nel Cluster 1 il professionista sembra “portarsi dentro” il dibattito, nel senso di schierarsi, in modo confusivo, con le appartenenze degli abitanti (per poter attaccare un nemico esterno).

In questo Cluster 2 invece il professionista sembra aver accesso alla dinamica amministrativa nella sua fase istituyente: non avendo come riferimento un potere esterno persecutorio da combattere, egli sembra piuttosto intervenire nell'ambito della fase progettuale e decisionale. (il “projet” è una parola che incontreremo più avanti).

Centre e **ensembles**⁵ sembrano proporre l'interesse alla progettazione della città. Da una parte il centro, dal greco *kentron* “pungolo” e “punto centrale di un cerchio” fa pensare a ciò che attrae verso il centro, ciò che dà l'equilibrio ad una forma curva (da notare il riferimento all'etimologia di “urbain”). D'altra parte gli “ensembles” esprimono unità ed identità. Il lavoro sulla città si declina facendo riferimento alle identità presenti su un territorio e sull'equilibrio rispetto ad una unità centrale. La città sembra in questo modo organizzarsi e animarsi.

Nell'incontro di restituzione abbiamo avuto vari interventi interessanti su questi ultimi temi evocati. Una persona ci fa notare come nel primo Cluster sono presenti gli individui, mentre nel secondo c'è il “bâti”, cioè la costruzione, l'urbanismo. La discussione ha messo in evidenza il modo in cui “l'umano” ed il “bâti” si sono declinati nell'ambito dei due cluster. Nel secondo Cluster la discussione si è centrata sulle relazioni tra le parti urbanistiche della città. Nel primo Cluster, al contrario, il focus è portato su persone ed organismi oggettivizzati, come fossero delle entità a sé stanti, con interessi privati spesso in relazione idiosincratice. La relazione, in questo caso, tende ad essere duale, inibendo la funzione di spazio terzo e riducendo lo scambio ad una prova di forza sull'asse verticale del potere.

Da una parte, quindi, il focus sembra portato sulle individualità oggettivizzate e in questo senso rese mitiche, dall'altra sulle parti umanizzate della città⁶. Ci confrontiamo rispettivamente con un paradigma individualista delle relazioni sociali e con un paradigma contestuale. Questa differenza sarà molto importante anche per quanto concerne la discussione sul cluster 3.

Segue a ensembles **architecte/s**: famiglia del greco *tektôn* “carpentiere”. In greco *arkhitektôn* “carpentiere capo”. Parola composta da *archè*, “superiorità, preminenza ed eccellenza”, e *tek-tôn*, dalla radice *taksh* “fare, comporre”. L'etimologia evoca due dimensioni che abbiamo già messo in evidenza: la posizione di potere alto; la posizione *meta-* di colui che interviene. In questo Cluster il professionista interviene su dimensioni

⁵ Notiamo che questo lessema è riportato con una desinenza plurale. Nell'ambito della fase di dis-ambiguazione delle parole dense, infatti, ho fatto la scelta di lasciare la parola “ensembles” separata dall'avverbio singolare, in quanto le due parole hanno due significati differenti. Questo Cluster presenta la parola al plurale.

⁶ Un altro argomento portato dai partecipanti concerneva la differenza tra città e campagna: la città come luogo centrale e vivo, in contrapposizione alla campagna come luogo dove non succede niente. Si raccontava in questa occasione l'aneddoto di una educatrice che voleva portare una persona senza fissa dimora in campagna, come se il progetto di andare via dalla città fosse in sé stesso benefico, e come se, peraltro, la campagna fosse un buon luogo d'accoglienza della marginalità. In rapporto a questo argomento, la discussione è evoluta facendo riferimento ai forti sviluppi che, al contrario di quanto il Cluster evoca, il “milieu rural” vede oggi in rapporto alla città. Molti giovani ad esempio una volta terminato il ciclo di studi universitario preferiscono ritornare nelle proprie cittadine d'origine, animati da un sentimento di progettazione in rapporto al futuro piuttosto che di esclusione in rapporto ad una città poco accogliente. La campagna quindi veniva eletta come contesto adatto all'accoglienza delle nuove famiglie e della gioventù produttiva, piuttosto che della marginalità. Anche la dimensione dell'appartenenza come oggetto del lavoro dell'educatore o del *travailleur social* avrà una sua importanza quando tratteremo il Cluster 3.

importanti e lo fa a partire da una posizione di prestigio. La posizione di potere alto permette dunque di prendere una distanza da colui che pone la domanda (anche qui sul piano verticale del potere), che permette a sua volta di mettere in gioco delle *tèch-nè* specifiche. Se dunque un oggetto importante di questo Cluster è l'identità delle città e delle sue parti, in esso si propone una identità professionale forte.

Questo carattere identitario è rintracciabile in una parola che appare più avanti: **burea**< (bureau, in italiano: ufficio, studio, scrivania): famiglia interamente popolare, dal latino *burra* "lana grezza"; nella Provenza venne chiamato *burel*, in Spagna *burriel* ed in Toscana *bigello*. I Francesi avevano l'abitudine di coprire le tavole delle Camere del Parlamento e della Corte dei Conti con delle stoffe di questo tipo; con il trascorrere del tempo, per metonimia, il nome delle tovaglie è stato dato alle tavole che esse ricoprivano. Questa parola ci fa pensare al prestigio dei grandi politici (ritroviamo anche qui l'opposizione con il Cluster 1 circa il rapporto con gli eletti) che si riuniscono nelle Camere per prendere delle decisioni di grande importanza.

Il termine che segue è **Marseille**. Marsiglia nel 2013 è stata la capitale europea della cultura. In questo anno il New York Times ha stilato una classifica mondiale delle città più interessanti da visitare durante il 2013. Marsiglia è in seconda posizione, dopo Rio de Janeiro (che è in una fase di grossa trasformazione a causa dei campionati mondiali di calcio del 2014). Molte cose sono successe a Marsiglia durante questo anno, volte in particolare a dare alla città un nuovo carattere culturale a fronte di una tradizione operaia, legata al porto commerciale ed alle industrie di metallurgia pesante antistante. Laddove fino a 5 anni fa vi erano i silos ed i magazzini del porto commerciale, oggi nascono musei e nuovi negozi.

Tutto ciò ha amplificato un dibattito già ampiamente presente, circa la modalità della città di andare incontro al cambiamento.

Se il cambiamento strutturale è programmabile ed attuabile, che ne sarà della popolazione di estrazione popolare di questi quartieri, particolarmente colpita dagli effetti della crisi industriale e della disoccupazione? Come la cultura operaia può essere riconsiderata?

Un esempio adatto a "mettere in luce" la densità emozionale che questa parola evocava, nei mesi a cavallo tra il 2012 e il 2013.

Nella serata del 14 luglio 2013 mi trovavo con degli amici su una terrazza del settimo arrondissement di Marsiglia, vicino l'Abbazia Saint Victor. Da questa meravigliosa veduta era possibile scorgere quasi tutta la città, che era stata "mise en lumière" per celebrare la festa nazionale. Proprio dall'altra parte del porto, davanti a noi sull'orizzonte, c'era l'imponente Hôtel Dieu: un antico ospedale popolare, fondato nel 1593, che all'origine funzionava come ospizio e come luogo d'accoglienza di pellegrini e di bambini abbandonati, nel cuore del più antico quartiere di Marsiglia il Panier. Oggi l'Hotel Dieu è stato trasformato in un hotel 5 stelle, inaugurato il 29 aprile 2013. Ogni finestra è illuminata nella stessa maniera, con una luce gialla, brillante, come per ricordare l'età dell'oro che Marsiglia sta vivendo. In questa nostra serata del 14 luglio è nato un dibattito circa questa illuminazione, bella per definizione per qualcuno, piuttosto rozza per altri. Noi crediamo che il dibattito si organizzava intorno a due rappresentazioni collusive diverse, in conflitto tra loro, circa la simbolizzazione del cambiamento da dare alla città.

Gli aspetti tecnici dell'illuminazione corrispondevano al pretesto evocante queste due simbolizzazioni: da una parte l'idea del progresso, del cambiamento che capovolge e sostituisce; la fiducia data alle istituzioni è evidente. Il cambiamento della città, fatto per contribuire a renderla più bella e più vivibile, è sempre accettato. I luoghi meno frequentabili – les lieux "chauds", où "ça craint" – bisogna trasformarli. Il Panier, quartiere di immigrazione italiana e corsa del dopoguerra, ricostruito in seguito ai bombardamenti grazie ad un progetto di architettura popolare, deve essere trasformato. La povertà, il lavoro manuale, l'immigrazione, tutto ciò resterà nella memoria collettiva tanto più se le luci dell'Hotel Dieu attireranno il nostro sguardo. Per migliorarsi e per evolvere, è importante poter cambiare il paesaggio, inserire nuovi elementi, mostrare la differenza, di modo che tutto ciò che fa parte del vecchio possa finalmente farsi da parte, o, almeno, restare in una forma addomesticata. Questa visione del cambiamento mira alla trasformazione della storia in mito, della realtà problematica in un racconto affascinante e protetto, perché questi luoghi possano diventare finalmente attrattivi per gli stranieri, quanto anche per i "buoni" residenti.

D'altra parte viene espressa una visione critica del cambiamento. I cambiamenti possono essere commentati, non sono belli per definizione. Il quadro estetico si lega ad altre dimensioni sociali, che bisogna capire per poter meglio condividere. L'illuminazione dell'Hotel Dieu, con le sue luci, tutte uguali, è disturbante. Gli

stessi aspetti della “mise en lumière”, che per i primi erano i segni della società rinnovata, per gli altri rovinano il paesaggio. Queste luci, che coprono come di un oro giallo i paraggi, sono accecanti piuttosto che brillanti. Esse sono il segno di un cambiamento portato da una mano arrogante, disprezzante la cultura e la storia dei luoghi. Il cambiamento della città è possibile, ma miglioramento non vuol dire per forza progresso o evoluzione – positiva – lungo una linea retta. Il cambiamento può passare per la messa in valore, e non è detto che questa sia tale per tutti ed allo stesso modo: gli oggetti si presentano non più come finiti, ma c'è lo spazio della interpretazione e della costruzione. La costruzione richiede agli spettatori dei criteri di costruzione, criteri che d'altronde permettono di discostarsi dal semplice ruolo di spettatori. Il pubblico, per partecipare all'arte ed alla messa in valore, deve quindi dichiararsi, non è più possibile commentare a partire da una posizione anonima. E se, in ultima analisi, il cambiamento potesse partire dagli stessi criteri di valutazione degli abitanti, non è detto che sia evidente la volontà di scambiare i malati, gli immigrati ed i pellegrini con i nuovi business men nelle loro limousines.

Per il cluster 2 è dunque centrale il cambiamento, nell'ambito dei quartieri popolari.

Proviamo a seguire questa traccia: la parola successiva è **population**: dalla radice sanscrita *par = pal* “mettere assieme, riunire”, legata a *pul-nus* poi *pulus* “molti” e *pil-nas* “pieno”; “popolare” ha come opposto “nobiltà” e rinvia ad un insieme di persone che non possano farsi riconoscere tramite iconografie o pitture illustri, di cui invece la nobiltà può disporre, all'occasione di cerimonie pubbliche e in particolare di funerali. La popolazione sembra costituire il materiale grezzo che “l'architetto” può scolpire, per ottenere delle forme riconoscibili, degli “ensembles” definiti. **Projet** e **rénovation** ci fanno pensare all'anticipazione ed alla definizione di un carattere in una prospettiva futura.

Il Cluster 2 evoca dunque un particolare rapporto con il tempo: la rinnovazione, la popolazione, l'epoca, l'urgenza, l'immobile. Il lavoro professionale sembra dunque avere a che fare con la messa in movimento di elementi potenzialmente fissi e immutabili. L'**epoca** (in quanto “stato fisso”, “arresto, interruzione” ed in astronomia “arresto apparente di un astro nel suo apogeo”) ed il suo senso di stasi è messa in relazione all'attualità ed alle nuove questioni sociali che l'evoluzione storica impone. L'**urgenza** può essere legata alla crisi di una visione statica ed uniforme della realtà, che quindi permette l'espressione di una domanda di intervento. L'urgenza è dunque legata alla domanda e allo stesso tempo ne caratterizza la problematicità, ponendo l'intervento in una dimensione di reazione urgente, nel breve periodo. Questo Cluster evoca l'importanza di questa modalità di entrare in relazione ed allo stesso tempo il conflitto con essa, grazie alla definizione di progetti più complessi sulla rinnovazione della città, intesa nelle sue caratteristiche organiche, storiche ed identitarie. L'**équipe**, composta da specializzazioni e differenti competenze, può farsi carico di lavorare su queste domande.

Il Cluster 2 orienta così il professionista del Pouvoir d'Agir verso “l'avanti” della simbolizzazione affettiva, con competenze tecniche volte a dare un carattere definito e storico alle identità della popolazione di un territorio, altrimenti potenzialmente amorfa e omogenea.

Cluster 3.

In rapporto alla polarità negativa del primo fattore. Esso contiene il 71,56% del testo analizzato, in relazione significativa con la variabile illustrativa “esperienza no” (101,78 di chi2), in opposizione al cluster 1 e 2.

**éducateur formation travail_social développement question/s conscience regard
posture individu idée réseau empowerment professeur transformation pratique/s**

Educateur, formation et travail_social è la prima cooccorrenza di parole dense. Esse ci portano nel cuore delle figure professionali implicate nel gruppo Pouvoir d'Agir. Non possiamo trattare esaustivamente in questa sede il carattere storico di ognuna di esse; ci rifaremo perciò agli scritti già pubblicati dal gruppo Pouvoir d'Agir ed ai commenti che i partecipanti hanno esposto nella fase di restituzione della ricerca. È possibile rintracciare nella edizione 2/2011 della rivista “Vie Sociale” i contributi di alcuni professionisti

che da lì a poco formeranno ufficialmente il gruppo Pouvoir d'Agir. Questo gruppo si interroga sulla maniera di mettere in atto gli interventi nell'ambito dei quartieri popolari in Francia. Si prende come punto di riferimento, nella rivista, il fenomeno delle rivolte urbane dell'autunno 2005, i suoi significati e le possibili risposte da dare. Con il trascorrere delle riunioni, il dibattito prende un'ampiezza nazionale. Il 28 ed il 29 gennaio 2011, il seminario di Aubervilliers "Faire société autrement" configura la creazione di un gruppo stabile: è il nucleo del Pouvoir d'Agir.

In questi scritti si dà particolarmente importanza alle due figure de "l'educatore specializzato" e del "travailleur social", in quanto "le professioni del sociale propriamente detto" (Dhers, Ladsous & Sommaire, 2011, p.162). Le finalità del dibattito ruotano intorno alla ricerca di modalità di intervento possibili, che siano dirette verso il cambiamento collettivo e comunitario, al di là della sfera individuale delle singole persone.

Il cluster rinvia dunque all'identità del gruppo. Negli altri due Cluster è centrale la relazione con l'esterno, con le due differenti configurazioni che abbiamo chiamato "individualità oggettivizzate" e "parti umanizzate". Nel C.3 emergono questioni identitarie che hanno come punto di riferimento le rivolte del 2005 e l'intervento nei quartieri in difficoltà. Proviamo ad approfondire questi due punti.

Nel recente libro di Kokoreff e Lapeyronnie (2013), i due autori descrivono tre età delle banlieues: 1) un mondo disorganizzato ma prossimo; 2) dei territori caratterizzati dallo spaccio e dalle violenze urbane; 3) degli universi distinti dalla chiusura e dalla secessione. La prima fase, negli anni '70 e '80, è caratterizzata dagli immigrati che popolano "les cités" (i quartieri delle nuove periferie) e che si mescolano alla popolazione francese. Benché questa strategia abbia portato a dei problemi di convivenza, mettendo già allora in crisi l'assunto funzionalista del "mixage social", per il quale è sufficiente mettere nello stesso luogo persone afferenti a classi sociali differenti per permettere l'integrazione, si può pensare che tutti questi nuovi abitanti condividessero un sentimento di appartenenza allo Stato. Le rivolte dei giovani delle cités, in particolare nelle vicinanze di Lione alla fine degli anni '70 e agli inizi degli anni '80, sono la premessa per iniziare uno studio approfondito delle realtà urbane⁷. In questi lavori venne inclusa una fase di consultazione della popolazione, per quanto concerne la riabilitazioni dei "grands ensembles" (le grandi abitazioni popolari): fu così che la dimensione socio-economica venne inclusa nei progetti di riabilitazione. E inoltre le spinte aggressive nell'ambito delle banlieues non si esaurirono con sé stesse, ma si riuscì ad organizzare un movimento dal basso, che si costituiva sempre più come un partner sociale riconosciuto. Si arrivò così alla "Marcia per l'uguaglianza", nel 1983, una marcia da Marsiglia a Parigi durata quasi due mesi, organizzata da un gruppo di Francesi con una storia di immigrazione alle spalle. François Mitterand, presidente della repubblica dell'epoca, ricevette la delegazione e proclamò in seguito la creazione della carta di soggiorno di dieci anni.

Lo spirito delle rivolte del 2005 è molto diverso. Dubost parla di acting-in (2006), in riferimento al sentimento di furore, rabbia e gioia mischiati insieme, rivolti alle istituzioni presenti nell'ambito delle banlieues e non nella città, nel centro cittadino. Kokoreff et al. (2007), lavorando a Seine-Saint-Denis, definiscono il significato sociale degli incidenti dal punto di vista dei rivoltosi, proponendo quattro categorie di comprensione in opposizione: espressivo vs ludico; protestatario vs rivendicatore. Le rivolte, nate tutte da una sorgente espressiva senza scopo, se non quella dell'espressione stessa, disperata e arrabbiata⁸, diventano violenza urbana in un secondo tempo, e ciò non appena queste manifestazioni arrivano a suscitare delle reazioni da parte del contesto che gli stessi protagonisti non si attendono. Le cause di questa espressione spontanea e disorganizzata sono da attribuire a una serie di fattori. Per cominciare, non si tratta di giovani legati allo spaccio, a lavoratori precari o a gruppi di islamisti (Bordet, Champagne & Dubost, 2006). Una

⁷ Tramite l'organizzazione governativa Habitat et Vie Sociale, in seguito trasformato in Développement Social Urbain. Siamo ai primi dispositivi che permettono l'intervento nei quartieri in difficoltà e che da lì a poco vennero inclusi nell'ambito della Politique de la Ville, sotto il Ministère de la Ville, creato nel 1990. Il campo di applicazione della Politique de la Ville comprende cinque dimensioni maggiori: la rinnovazione urbana; la sicurezza e la prevenzione della delinquenza; lo sviluppo culturale e sociale dei quartieri; l'educazione e lo sviluppo del lavoro; la rivitalizzazione economica.

⁸ Bernard Champagne parlerà di un discorrere senza discorso (op. cit.).

delle chiavi di comprensione più importanti sembra essere la crisi della funzione della scuola in quanto ascensore sociale: la fine del periodo scolastico sembra allora portare ad un vuoto di opportunità e di riconoscimento. Allo stesso tempo, i giovani delle cités erano stati il bersaglio di una politica centrale securitaria e poliziesca che, tra varie conseguenze, ha raggiunto l'obiettivo di spaccare la rete di prossimità che si era creata, con fatica, tra giovani delle cités ed istituzioni e professionisti del sociale. Nell'articolo di Kokoreff et al. (p. 24, op. cit.): “infatti i giovani che hanno partecipato agli incidenti di novembre rigettano qualsiasi forma di affiliazione politica, considerando che essa si sia mostrata incapace nel cambiare una qualsiasi problematica (l'esempio dei “grandi” ha inoltre valore di prova al sostegno di questa tesi), ma anche la possibilità di essere sotto l'influenza di mediatori, che essi siano professionisti o improvvisati”. Negli anni '80 le violenze, per quanto violente, erano messe in atto in un clima di riscatto sociale e di speranza per il futuro. Nel 2005 l'acting-in è lo specchio di un ripiegamento identitario, del rifiuto di una qualche appartenenza istituzionale, in rapporto a quelle stesse istituzioni che avevano preso il passo proprio da episodi di questo genere, durante gli anni precedenti.

Questo cambiamento di prospettiva nelle problematiche giovanili sembra avere un forte impatto per gli educatori ed i travailleurs sociaux: il pubblico con il quale sono portati a lavorare è sempre più disilluso, reattivo nel rapporto a qualsiasi tipo di professionista che rappresenti l'istituzione repubblicana. La costruzione di un legame di fiducia tra professionisti e giovani e, in seguito, l'intervento sulle appartenenze (che potremmo identificare come un lavoro sullo sviluppo delle relazioni orizzontali della convivenza), sembra essere una dimensione che prende sempre maggior peso, a fronte di una più tradizionale spinta verso dinamiche di intervento bottom-up, dalla base al potere istituzionale (si pensi alla marcia per l'uguaglianza), in una dinamica verticale.

Interessanti i riscontri che abbiamo avuto, in fase di restituzione dei dati. Una persona ci parla di come negli anni '80 c'era il sentimento di lavorare per inventare qualche cosa di nuovo; oggi invece il travailleur social ha il sentimento di applicare dei protocolli, obbedendo alle richieste del mandato sociale. I più anziani lavorano con il senso di melanconia in rapporto ad una missione perduta: “prima il nostro compito era di entrare nel letto del fiume, fino all'altro bordo, per recuperare coloro che si erano allontanati troppo; il travailleur social aveva l'immagine di un insegnante/prete; i professionisti potevano in cuor loro identificarsi con un terzo immaginario divino e ideale. Oggi invece non si fa più distinzione tra il di qua ed il di là, abbiamo perso la nostra funzione. Quando ci presentiamo le persone ci rifiutano; oggi evochiamo piuttosto l'immagine di clochard”.

Il travailleur social e l'educatore specializzato sono immersi in una relazione problematica, tra un mandato sociale a quanto pare attento alla riduzione della problematicità degli individui ma sempre meno disposto a trattare le dimensioni sociali dei quartieri difficili, e un pubblico sempre più reattivo a questa logica, con problematicità legate ai micro sistemi di appartenenza. La competenza a trattare la domanda di intervento del committente istituzionale sembrerebbe fondamentale per poter poi intervenire con i gruppi nel territorio, sulle specificità che essi portano. In alternativa, è possibile invece idealizzare un momento originario, e cercare di riprodurlo in modo fantasmatico (eliminando peraltro dal racconto dell'esperienza le difficoltà che senz'altro i professionisti erano portati ad affrontare nel passato).

La parola **formation**, tra *éducateur* e *travail_social*, propone la ricerca di una forma fissa e riconoscibile (dal greco *morphê* “forma” e più anticamente dal sanscrito *dhar-i-man* “figura stabile e fissa”). La dialettica tra l'idealizzazione di una forma fissa e stabile del passato e la creazione di una nuova metodologia, attraverso una formazione adeguata, sembra riproporsi con questo sostantivo.

Le tre parole **développement**, **question/s** e **science** vanno nella direzione della ricerca di punti di riferimento. Questi ultimi corrispondono ai principi stessi della professione (coscienza, dal latino cum + scire “conoscenza corrisposta, connivenza” e “chiara conoscenza di sé stessi, sentimento intimo”) e sembrano perciò poter rimettere in questione alcuni elementi fondamentali. Si tratta dunque di una ricerca interna, difficile e angosciata: questione, dal latino *quaerere*, cercare, domandare ; ricerca, investigazione; “interrogazione e investigazione giudiziaria, tortura”.

Il Cluster evoca lo sforzo intellettuale che si fa quando si pensa ad una situazione complicata, alla ricerca di una nuova soluzione. Inoltre sembra trattarsi di una ricerca interna, che mette cioè in causa i principi del lavoro dell'educatore specializzato e del *travailleur social*. Il termine “*développer*” rende conto proprio della ricerca di elementi discreti in un mondo confuso, che si presenta come una matassa di fili intricati (*développer*, in italiano “sviluppare”, forma antonimica derivata da *envelopper*: insieme di parole che si possono legare al latino *faloppa* “paglia, balla di fieno” e *volvere* “arrotolare”. Letteralmente “risolvere il groviglio”, “ordinare e riniziare” delle cose mischiate tra di loro). Lo “svolgere” una situazione complicata ci rimanda a Penelope che aspetta il ritorno di Ulisse e che la notte recupera il filo che aveva messo nella tela durante il giorno. È un lavoro che permette di andare avanti rivenendo indietro: lo “sviluppo” sembra allora esitare dalla capacità di guardare le stesse cose in una maniera diversa, mettendo i fili in un altro ordine più facilmente riconoscibile e identificandosi con questa nuova architettura. Potremmo dire che questa ricerca si fa all'interno del sistema di appartenenza, la cui finalità è di orientare la postura e lo sguardo verso l'esterno.

Regard et posture sono effettivamente delle parole che aiutano a costruire la relazione tra interno ed esterno. La ricerca interiore sembra dunque tendere verso l'esterno, verso i limiti posti dalla realtà. I termini che seguono possono rappresentare allora il compromesso tra ciò che si ricerca all'interno della propria appartenenza con la percezione esterna di elementi di realtà. **Individu, idée e réseau** si costituiscono come i principi di questo compromesso, che prende l'immagine di una idea (dal greco *idein* “vedere ed aver visto”; dal latino *idea* “aspetto, forma distinta” e per Platone “forma ideale concepibile per il pensiero”): l'individuo legato al suo contesto (*réseau* in italiano “rete, contesto di appartenenza”). Ci sembra che sia espressa in questo cluster la possibilità di lavorare sull'asse orizzontale delle relazioni: il rapporto tra individui e contesti può rappresentare un nuovo riferimento, sostituendosi alla dimensione verticale, legata alla possibile idealizzazione della propria missione.

Il termine seguente è **empowerment**. L'empowerment (tradotto in francese con la dizione “*pouvoir d'agir*”) si presenta come una grandezza capace di render conto di questa nuova metodologia. Esso rende conto del dare potere agli individui ed alle reti sociali, ma allo stesso tempo si configura come una grandezza scientifica e misurabile. Esso è allo stesso tempo sentimento “positivo” (sentiamo sempre più spesso dire ai suoi sostenitori “avere un sentimento di empowerment”) e grandezza manipolabile, è un fattore contestuale inerente un micro gruppo di appartenenza e un concetto generale con cui farsi capire in varie parti del mondo.

L'empowerment si situa dunque all'interno della dialettica di ricerca del gruppo *Pouvoir d'Agir* e ne rappresenta anche, a nostro avviso, le contraddizioni.

Da dove viene, infatti, questa parola? Nella letteratura scientifica, l'empowerment prende la forma di un concetto teorico, di un valore e di una misura. In questo senso il concetto di empowerment si è talmente esteso negli ultimi anni che sembra necessario ogni volta doverne specificarne l'accezione, per poter capire a quale modello si fa riferimento. Nato nell'ambito della psicologia di Comunità di matrice americana (Rappaport, 1977, 1981), il termine empowerment è utilizzato ovunque nel mondo. Esso è spesso associato ai lavori che si fanno nei contesti aperti (come i quartieri, considerati delle comunità).

Queste elasticità e facilità di utilizzo si prestano facilmente a portare l'empowerment nell'utilizzo del senso comune, cioè ad essere svincolato da modelli di riferimento che ne permettano l'utilizzo e la verifica. Spesso rimane l'evocazione di un sentimento, e in particolare di un sentimento di rivendicazione; ma allo stesso tempo l'empowerment sembra fornire l'appannaggio tecnico per una misurazione di ciò che si mette in pratica, pur dentro una dinamica di senso comune.

Maisonneuve, in un articolo del 1972, descrive la corrispondenza esistente tra l'intervento spontaneista e l'intervento tecnicista. Il primo si caratterizza per la costituzione di un legame “positivo”, l'immersione affettiva e l'azione di rinascita/evoluzione; il secondo per la razionalità, l'efficacia e la delega della decisione ad una élite. L'Autore considera il demiurgo ed il tecnocrate come le due facce di una stessa medaglia: il controllo ed il conformismo in rapporto all'organizzazione cliente. I due modelli sembrano allora poter funzionare in alternanza nell'ambito di uno stesso intervento in una organizzazione.

Se guardiamo al gruppo *Pouvoir d'Agir*, possiamo pensare che la sua finalità di arrivare ad una espressione collettiva spontanea, che l'empowerment evoca, possa alternarsi con la proposta di un modello tecnico di intervento. È curioso constatare come questa alternanza si possa facilmente reperire nella psicologia di Comunità, facendo il paragone con modelli che fanno riferimento a sistemi di valore ed altri a metodologie

ben definite di intervento, in queste compresa la misurazione dell'empowerment degli individui o la standardizzazione dell'intervento⁹. Ma è questa una dinamica che evidentemente porta a una delusione.

Per concludere, il termine empowerment è portatore di un vissuto di contraddizione del gruppo Pouvoir d'Agir, che concerne la rappresentazione del cambiamento, visto come la scoperta di una “forma” generale, che si pone come il fattore valoriale che permette di evitare il dibattito sulle pratiche quotidiane; il rischio è un evitamento del confronto dialettico, attraverso una condiscendenza condivisa intorno a sistemi di valore, di senso comune, incapaci di condurre ad un reale sviluppo professionale.

Le parole che seguono – **professeur, transformation e pratique/s** – sembrano proporre proprio quanto sopra evidenziato: parlano di un cambiamento che rimetta in causa le pratiche quotidiane, e di un andare al di là delle forme (dal latino *trans-*, «al di là», e *formare*) di intervento già conosciute.

In sintesi:

questo Cluster, che raggruppa la maggior parte del testo analizzato (71.56 %), propone questioni relative all'istanza di cambiamento che il gruppo si è dato come prerogativa fondamentale.

Mettendo in discussione la realtà in cui le professioni del sociale sono implicate (i *travailleurs sociaux* e gli educatori), questo Cluster è portatore di una identità contraddittoria, concernente in particolare l'intervento: l'asse orizzontale vs l'asse verticale; il riferimento a modelli e tecniche vs la ricerca della spontaneità ed ai valori di senso comune; il riferimento ad una idealità della professione vs la delusione del rimettere in causa i miti di riferimento.

Sottolineamo l'importanza della dinamica emozionale dell'idealizzazione come alternativa alla delusione, che questo Cluster sembra proporre quando fa riferimento ad “un mondo perduto”, nel passato, o all'empowerment come “mondo estraneo idealizzato”. È un'idealizzazione che, se portata nella pratica lavorativa, può facilmente esitare nell'agito emozionale rivendicativo del C1. Se invece si prende in considerazione la delusione come sentimento capace di portare una visione chiarificatrice, è possibile proporre un pensiero critico, portatore di integrazione, per esempio tra pratiche di intervento, teorie e valori della professione.

La dinamica del pensiero sull'idealizzazione.

L'incontro di restituzione, in piccolo gruppo, è stato molto ricco. La proposta di un pensiero sull'emozione ha permesso la riorganizzazione della rappresentazione della realtà professionale, in particolare quando abbiamo preso in considerazione il termine empowerment.

Una persona ci dice che per lui l'empowerment è come un vestito alla moda, come ce ne sono già stati molti. Un'altra dice: “io ho un problema con questa parola”. Egli ci spiega che l'empowerment, se preso veramente in considerazione, può persino rivelarsi una minaccia per il “*travail social*”, poiché è un termine che incoraggia l'autonomia di una comunità, tramite un ipotetico innalzamento del livello di empowerment; e la discussione continua: “l'empowerment e il *pouvoir d'agir* portano tutti e due l'esigenza di dare delle risposte, concrete, pronte. Ma è proprio il problema con cui il *travail social* si confronta oggi, quello di dare risposte. Tutti vogliono delle risposte pronte, soluzioni chiavi in mano, gli utenti e le istituzioni, senza più prendere in conto il senso di ciò che si fa”. La pressione di dare risposte pronte logora.

La discussione è quindi andata, secondo noi, verso la direzione di un pensiero sulle difficoltà lavorative della professione ed alle soluzioni collusive che generalmente vengono apportate in seno al gruppo stesso, come dei “vestiti alla moda”, che permettono di adeguarsi a ciò che il contesto richiede.

La discussione ha così preso in esame esempi di intervento e la difficoltà di lavorare su certe domande. La cosa più interessante, a nostro parere, è stata la proposta di poter intervenire su una nuova possibile fascia di

⁹ Ci viene in mente un intervento di una docente di Psicologia di Comunità, nell'ambito di una conferenza sul tema del *pouvoir d'agir*, organizzata a Marsiglia nel dicembre 2012. Le viene posta una domanda circa il significato che aveva per lei il *pouvoir d'agir* e le dimensioni maggiormente messe in evidenza nel modello di intervento presentato, che prevedeva delle fasi standardizzate di applicazione; ella risponde infastidita: il *pouvoir d'agir* non è una cosa che viene proposta da me o da altri, esso esiste!

popolazione: la classe media. La classe media è sempre più povera ed ha paura: non sa come muoversi, non sa come orientarsi nei servizi sociali, che tradizionalmente fanno riferimento ad un'altra fascia di popolazione, ma che pure le farebbero comodo. Un'integrazione nella direzione del "diritto comune", se una volta non era possibile perché era la classe media a non volersi mischiare con la popolazione più modesta, ora sarebbe possibile.

Conclusioni.

Per il gruppo più ampio del Pouvoir d'Agir, la idealizzazione di certe questioni identitarie sembrerebbe rendere difficile il cambiamento, inteso quale riorganizzazione delle pratiche quotidiane in vista di alcune specifiche finalità. L'idealizzazione contribuisce così a separare le pratiche quotidiane dai valori. Le eventuali missioni innovative da attuare sul territorio prenderanno, secondo noi, la forma di una riproposizione dei problemi già esistenti, inerenti una cultura anomica a fronte di un mandato sociale individualista.

La strada dello sviluppo che la ricerca ha permesso di ipotizzare è quella di proporre interventi in piccolo gruppo, che colgano il senso dell'evoluzione del "sociale" in Francia e che permettano la riflessione su una strategia particolare di intervento. Una riflessione che, come abbiamo visto, è difficile da prendere in considerazione perché associata al sentimento di delusione. Ma è una riflessione che ha permesso di trovare, nell'incontro della fase di restituzione, alcune evoluzioni possibili: da una parte il lavoro sull'asse orizzontale delle micro-appartenenze piuttosto che su quello verticale, tradizionale, della rivendicazione; d'altra parte il lavoro sulle strategie di diritto comune, in vista dell'opportunità di integrare una fascia sociale tradizionalmente esclusa dai servizi sociali: la classe media.

Bibliografia

Ginsborg, P. (1989). *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi* [History of Italy from the war to date]. Torino: Einaudi.

Balbo, L. (1976). *Stato di famiglia* [State of family]. Milano: Etas Kompass.

Bordet, J., Champagne, B., & Dubost, J. (2006). Significations et enjeux de la révolte de novembre 2005 des jeunes des quartiers défavorisés [Meanings and issues of the revolt of November 2005 from young people living in disadvantaged neighborhoods]. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2, 119-130.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1999). Psicosociologia del traffico: il caso romano [Psychosociology of traffic: the case of Rome]. *Capitolium*, 8, 93-97.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002), *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Emotional Text analysis]. Milano: Franco Angeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand]. Bologna: Il Mulino.

Collectif Pouvoir d'Agir (2013). *Présentation, stratégie et plan d'action 2013-2015*. [Presentation strategy and action plan 2013-2015]. Comunicazione presentata alla riunione del collettivo nazionale del 21 gennaio 2013, Parigi.

Dhers, J., Ladsous, J., & Sommaire, J.-C. (2011). Faire société autrement: réflexions, résistances, propositions [Making society differently: reflections, resistances, proposals]. *Vie Sociale*, 2, 153-166.

- Ginzburg, C. (2000). *Miti, emblemi, spie. Morfologia e storia* [Myths, emblems, symbols. Morphology and history] (C. Catroppi, Trans.). Torino: Einaudi. (Original work published 1979)
- Kokoreff, M., & Lapeyronnie, D. (2013). *Refaire la cité. L'avenir des banlieues* [Making the city again : the future of suburbs]. Seuil: La République des idées.
- Kokoreff, M., Steinauer, O., & Barron, P. (2007). Les émeutes urbaines à l'épreuve des situations locales [Urban riots confronted with local situations] *SociologieS*. Retrieved from <http://sociologies.revues.org/>
- Maisonneuve, J. (1972). Réflexions autour du changement et de l'intervention psychosociologique [Reflections on the change of psychosociological intervention]. *Connexions*, 3, 9-23.
- Matte Blanco, I. (1975), *L'inconscio come insieme infiniti: saggio sulla bi-logica* [The unconscious as infinite sets: essay on the bi-logic]. Torino: Einaudi.
- Picoche, J. (2008). *Dictionnaire étymologique du français* [French Etymological dictionary]. Paris: Le Robert.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Value, Research and Action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.

Dis-identity in the postmodern epoch: Self-differentiation and interpersonal relationships before and after a group experience

Anna Maria Ferraro, Cinzia Guarnaccia, Cristina Mineo, Linda Giusino, Anna Ruggirello, Francesca Giannone

Abstract

Starting from some considerations on postmodern society, this study proposes “dis-identity” concept as key to read the existential condition expressed today by many young-adults and the emergence of new forms of suffering and psychopathological figures.

Theoretical reflections is followed by a descriptive research that analyzes some identity aspects and the interpersonal functioning of 21 young adults who chose to participate in a research project aimed to explore the “dis-identity” theme, inside 3 psychodynamic oriented focus-group. The study also aimed to verify possible changes that have occurred in the participants, from the start and end of the group experience and to monitor the groups process. Self-report were completed to evaluate both the identity aspects and the group process. Results highlight, on average, a lack of self-differentiation in the young participants, but also an improvement of this capacity, and of some relational skills during the group experience. Significant associations also emerge between cohesion and alliance in the groups, self-differentiation and interpersonal problems. Therefore, starting from the theoretical premises and the research results, and in agreement with recent clinical publications, this contribution concludes with a reflection on the possible interpretations about new forms of psychic suffering involving the basic structures of identity. Results also allow insights on the psychodynamic focus group set(ting), as experience positively associated with the improvement of the investigated conditions.

Keywords: identity, dis-identity, postmodernity, self, interpersonal-problems

Introduzione

Per comprendere le ripercussioni sul piano psichico della postmodernità è necessario tenere insieme, in un'unica lettura, i cambiamenti "macroscopici" segnalatici dalla letteratura filosofica, sociologica e antropologica (Augè, 1992/1993; Bauman, 2001/2008, 2006; Ehrenberg, 2010; Giddens, 1990/1994; Harvey, 1989/2002; Lyotard, 1979/1981, 1987/1988) e i cambiamenti "microscopici" più recentemente segnalatici dalla letteratura clinica contemporanea (Ferraro, 201; Ferraro, Giannone, & Lo Verso, 2012; Recalcati, 2011, 2010; Rossi Monti, 2008; Rossi Monti & Gosio, 2013; Stanghellini, 2011).

Questi piani di analisi non possono mantenersi separati se vogliamo comprendere le attuali direzioni del funzionamento psichico e della psicopatologia.

Se è vero, infatti, che l'individuo non è semplicemente condizionato, ma psichicamente "permeato" (Foulkes, 1948/1991; Giannone, Ferraro, & Lo Verso, 2011) dalle condizioni della comunità in cui vive, bisogna saper guardare l'*habitus* (Bourdieu, 1980/2005), le condizioni di radicamento della nostra psiche: se sono cambiate e come, e saper cogliere in questo cambiamento le nuove configurazioni psichiche e psicopatologiche.

In particolare, la riflessione che di seguito proponiamo vuole mettere in evidenza come alcune caratteristiche postmoderne possano "alimentare" il senso di discontinuità nell'esperienza di sé e, dunque, il senso di diffusione dell'identità¹ che, non a caso, la letteratura clinica segnala come aspetto nevralgico della sofferenza psichica contemporanea.²

Caratteristiche postmoderne come la perdita dei "grandi quadri di riferimento" (ideologici, religiosi, politici, ecc.) e il progressivo affermarsi di uno scenario in cui ognuno è rinviato a sé (Lyotard, 1979/1981); lo sradicamento dei rapporti sociali dai contesti locali di interazione e il loro trasferimento su dimensioni spazio-temporali indefinite e globali (il disembedding) (Giddens, 1990/1994); il moltiplicarsi dei non-luoghi (Augé, 1992); l'ipertrofia del presente³ (Ardizzo, 2003; Stanghellini, 2011); l'incombere della "liquidità" sulle prassi e sui legami (Bauman, 2001/2008, 2006/2008), ecc., rappresentano, a nostro avviso, un "volano" rispetto al senso di diffusione dell'identità, poiché, in quanto espressioni del contingente, mettono a dura prova la possibilità di custodire il senso della propria continuità storica e, piuttosto, sembrano creare occasioni favorevoli per l'emergere del senso di discontinuità nell'esperienza di sé.

Nel loro complesso, infatti, queste caratteristiche soggiacciono a un progressivo, parziale e inconsapevole scollamento dell'individuo dalle sue matrici d'appartenenza, che interferisce col dialogo inconscio *Idem/Autòs* (Napolitani, 1987), *Idem/Ipset* (Ricoeur, 1990),⁴ ripercuotendosi sul senso d'integrazione vs diffusione dell'identità.

¹ Il senso di diffusione (o dispersione) dell'identità è uno degli indicatori coinvolti nella valutazione del livello di funzionamento (o diagnosi strutturale) della personalità (Kernberg, 1975/1978; McWilliam, 1994). Esso è frutto della discontinuità nell'esperienza di sé; si sostanzia nella permanente difficoltà a integrare (temporalmente e affettivamente) le immagini, le esperienze, le rappresentazioni di sé e degli altri in quadri complessi e non contraddittori; si associa a sensazioni croniche di vuoto e ad altre "manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io" (quali scarso controllo dell'angoscia e/o degli impulsi, e talvolta eccessi di rabbia violenta).

² Recentemente la letteratura clinica segnala un crescente numero di pazienti che giunti agli studi o agli ambulatori lamentano senso di vuoto, assenza di significati, difficoltà nel definire sé stessi, noia, senso d'irrealtà, inadeguatezza, e altre sensazioni che non attengono più strettamente alla sfera nevrotica, bensì all'organizzazione borderline di personalità (Rossi Monti, 2008).

³ Che scotomizza le altre due dimensioni necessarie all'identità: la progettualità (ossia l'orientamento verso il futuro), e la tradizione (ossia l'orientamento verso il passato)

⁴ Per Napolitani (1987) l'individuo è, secondo un carattere di "permanenza", identico alle matrici culturali entro le quali si è formato (l'*Idem*) e secondo un carattere di invenzione, un'apertura creativa sulla sua propria esistenza (l'*Autòs*). Similmente, secondo Ricoeur (1990) la vicenda dell'identità sta tutta racchiusa nel mutuo rapporto tra medesimezza (l'*idem*, l'essere lo stesso) e *ipseità* (l'essere sé stesso), laddove se da una parte ogni narrazione/biografia per esistere ha bisogno di una trama di continuità/concordanza (l'*Idem*), dall'altra parte

Detto in altri termini: le caratteristiche postmoderne sopra accennate tendono a logorare la dimensione della medesimezza (gruppoanaliticamente diremmo della matrice transpersonale) minando il flusso del continuo rimando e rimodellamento fra continuità/discontinuità⁵ (Carli, 2011), tra l'essere lo stesso, identico (*Idem*) alle matrici costituenti, e l'essere sé stesso (*Autòs/Ipset*).

La Gruppoanalisi Soggettuale e gli studi sul Transpersonale (Giannone & Lo Verso 1996; Lo Verso, 1989, 1994), avendo approfondito la foulkesiana idea della corrispondenza tra interno-esterno, individuale-sociale, ecc., possono aiutarci a comprendere il legame esistente tra il mutare degli scenari antropologici e l'affermarsi di nuove configurazioni psichiche e psicopatologiche.

Interrogando il senso del disagio post-moderno, questi studi ne hanno rintracciato le radici nella difettività della fondazione intersoggettiva della mente, nel *reset* dei "garanti metapsichici" (Kaës, 2008, 2012), effetto dello sfaldamento delle matrici costituenti (da cui proveniamo e che siamo)⁶ e, conseguentemente, del parziale scollamento dell'individuo da queste.

A questo fenomeno abbiamo dato il nome di *disidentità* (Ferraro, Lo Verso, 2007) come chiave di lettura della condizione esistenziale espressa oggi dai giovani-adulti che, nell'attuale scenario macro-antropologico, sperimentano delle difficoltà nel realizzare il proprio progetto esistenziale e sé stessi, soffrendo il ristagno in un "sempre-presente" che rischia d'annullarne lo "slancio-vitale"⁷ (Minkowski, 1968). Più in dettaglio: il neologismo *disidentità* nasce per sottolineare quella condizione d'indefinitezza, di vacuità, di mancanza di progettualità, ecc. che sembra cor/rispondere alla corrosione dei codici istituiti e, pertanto, presiedere alla nascita di nuove forme d'identità, di socialità ed, eventualmente, anche di sofferenza psichica.

Con questi temi sullo sfondo, con l'obiettivo di cogliere nell'*individuo* il riflesso dei cambiamenti della *societas*, nonché di procedere in una necessaria, seppur parziale, revisione delle teorie che hanno guidato la nostra comprensione della mente, della sofferenza ed, eventualmente, anche il nostro agire terapeutico, abbiamo ritenuto utile analizzare alcuni aspetti dell'identità in un gruppo di giovani adulti, *target* privilegiato rispetto alle esigenze di valutazione della tematica - perché particolarmente sensibile agli effetti dei cambiamenti sopra descritti - e ascoltare come essi traducono il costruito "disidentità" a partire dalle loro storie di vita quotidiana.

A tal proposito abbiamo predisposto un'indagine esplorativa che ha previsto la partecipazione di n. 21 giovani adulti a 3 *focus group*, all'interno dei quali essi hanno discusso del tema "disidentità", declinandolo all'interno delle loro storie di vita, con particolare attenzione alla difficoltà di definizione di sé e del proprio progetto esistenziale nell'attuale contesto socio-culturale.

proseguo stesso della narrazione, ha bisogno della discordanza/discontinuità (ovvero l'*ipseità*), senza la quale tutto ristagnerebbe in una sorta di pantano sempre uguale a sé stesso.

⁵ «C'è continuità dell'identità se si considerano le simbolizzazioni che accompagnano la vita di ciascuno di noi, dalla nascita su sino alla vita adulta. [...] La componente di continuità dell'identità è quella che consente di percepire, di vivere la propria vita come coerente con il *fil rouge* che connota i vissuti, le dinamiche simboliche, lo stile del proprio stare al mondo [...]. Quando viene meno una delle due componenti dell'identità, si possono verificare problemi d'adattamento molto seri. Si pensi, ad esempio, a chi non riesce a elaborare la componente di continuità dell'identità: una sorta di Zelig che si conforma alle richieste del contesto conformisticamente, senza la consapevolezza di se stesso; oppure una persona che dipende totalmente, nella sua autostima, dal riscontro che gli altri danno alle sue azioni, alle sue proposte, alle sue performances. Chi, di contro, possiede solo la componente di continuità, senza competenza all'adattamento discontinuo, propone uno stile di vita rigido e spesso violento, fondato sul desiderio di potere, quel potere che consenta alla propria continuità incapace di adattamento, di prendere il sopravvento sulla variabilità contestuale. L'integrazione tra continuità e discontinuità dell'identità, in sintesi, evidenzia la necessaria integrazione tra simbolizzazione emozionale e pensiero fondato sul riconoscimento delle emozioni» (Carli, 2011, p. 15).

⁶ Lo sfaldamento delle matrici costituenti è stato dettagliatamente analizzato nella prima pubblicazione dedicata all'argomento (.....) cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

⁷ Lo "slancio vitale", sostiene Minkowski (1968), è quella spinta che continuamente consente all'uomo di creare l'avvenire davanti a Sé, di ricongiungere passato e futuro al tempo presente, restituendo a ciascuno la sensazione d'essere in cammino, d'inoltrarsi - non verso una "meta specifica", bensì - verso la meta continuamente in fieri che è la realizzazione della propria esistenza.

311

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Ferraro, A.M., Guarnaccia, C., Mineo, C., Giusino, L., Ruggirello, A., & Giannone, F. (2014). Disidentità nell'epoca post moderna: differenziazione del sé e relazioni interpersonali prima e dopo un'esperienza di gruppo [Dis-identity in the postmodern epoch: self-differentiation and interpersonal relationships before and after a group experience]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 309-325. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

L'indagine si è svolta lungo due direttrici di ricerca:

a) la prima: finalizzata a valutare alcuni aspetti inerenti la sfera dell'identità nei partecipanti alla ricerca, e, parallelamente, a monitorare l'andamento del processo dei gruppi ed il verificarsi di cambiamenti, nei giovani, a seguito dell'esperienza di gruppo, si basa sull'analisi di appositi *self report*.

b) la seconda: finalizzata ad avviare un lavoro di approfondimento empirico sul costrutto disidentità, si basa sull'analisi semantica e lessicale dei trascritti di tutte le sessioni dei *focus group* (appositamente audio registrate).

In questo contributo prenderemo in esame soltanto la prima direttrice della ricerca, quella basata sulle risultanze ad alcuni dei *self report* somministrati.

Obiettivi e ipotesi

Obiettivi generali della prima direttrice di ricerca sono:

1. Analizzare, in un gruppo di giovani adulti, alcuni aspetti inerenti l'identità e il funzionamento interpersonale, per testarne le caratteristiche e le eventuali sofferenze. In particolare, le variabili oggetto d'indagine sono state: a) il livello di differenziazione del sé; b) le difficoltà interpersonali.
2. Verificare se, tra l'inizio e la fine dei *focus group* si sono verificati cambiamenti significativi nelle dimensioni sopra citate.

Obiettivi specifici ed ipotesi sono:

1. Esplorare i livelli di differenziazione del sé e le difficoltà relazionali;
H₁: si ipotizza di rilevare la presenza di bassi livelli di differenziazione del sé e di moderate difficoltà relazionali.
2. Verificare se intercorrono cambiamenti nella differenziazione del sé e nelle difficoltà relazionali tra l'inizio (t₁) e la conclusione dell'esperienza di gruppo (t₂);
H₂: si ipotizza un aumento del livello di differenziazione del sé e diminuzione delle difficoltà relazionali tra t₁ e t₂.
3. Verificare le associazioni tra le variabili: differenziazione del sé e difficoltà relazionali;
H₃: si ipotizza di rilevare la presenza di correlazioni negative tra il livello di differenziazione del sé e le difficoltà relazionali.
4. Verificare le associazioni tra le variabili di processo (coesione e alleanza di gruppo) e le variabili differenziazione del sé e difficoltà relazionali
H₄: si ipotizza di rilevare la presenza di correlazioni positive tra le variabili di processo (coesione e alleanza di gruppo) e il livello differenziazione del sé, e negative tra le variabili di processo (coesione e alleanza di gruppo) e le difficoltà interpersonali.

Metodo

Soggetti

Attualmente, il progetto ha coinvolto n. 21 studenti (17 F. e 4 M., età media 24.5; DS 2.639) compresa tra 22 e 28 anni) iscritti presso i corsi di laurea in *Scienze e Tecniche Psicologiche e Psicologia Clinica* dell'Università degli Studi di Palermo.

Procedure

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Ferraro, A.M., Guarnaccia, C., Mineo, C., Giusino, L., Ruggirello, A., & Giannone, F. (2014). Disidentità nell'epoca post moderna: differenziazione del sé e relazioni interpersonali prima e dopo un'esperienza di gruppo [Dis-identity in the postmodern epoch: self-differentiation and interpersonal relationships before and after a group experience]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 309-325. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

La ricerca è stata pubblicizzata attraverso locandine affisse nei corridoi dei vari dipartimenti dell'Università di Palermo e nelle principali librerie della città. Alla pubblicizzazione della ricerca hanno risposto (tramite e-mail e telefonate), n. 38 soggetti. Questi sono stati invitati a un colloquio motivazionale finalizzato all'illustrazione degli scopi della ricerca e della sua articolazione, nonché all'esplorazione delle motivazioni, delle attese e prefigurazioni che accompagnavano la richiesta di partecipazione.

Al colloquio motivazionale sono giunti n. 30 soggetti (94.74% studenti nei corsi di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche e Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Palermo e 5.26% giovani in cerca della prima occupazione).

Durante i colloqui motivazionali abbiamo appreso che la maggior parte degli studenti che ha chiesto di partecipare aveva seguito dei corsi universitari all'interno dei quali il tema della disidentità era stato trattato, e per molti di loro l'interesse e il coinvolgimento verso il tema è stata la spinta ad aderire al progetto di ricerca.

A conclusione del colloquio motivazionale e della presa visione del calendario di appuntamenti, n. 21 soggetti (tutti studenti dei corsi di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche e Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Palermo) hanno confermato la possibilità di aderire alla ricerca e firmato il consenso informato, autorizzando al trattamento dei dati per le finalità della ricerca. Successivamente essi sono stati raggruppati in 3 *focus group* (composti rispettivamente da n. 6, 7 e 8 componenti), condotti da due moderatrici e un'osservatrice partecipante.

I partecipanti di ciascun *focus group* si sono incontrati a cadenza settimanale, per complessivi n.12 incontri, all'interno dei quali, dopo pochi *input* iniziali, essi hanno liberamente discusso del tema oggetto di studio, ossia di "se e come" essi si sentono coinvolti e/o esposti a vissuti *disidentitari*.

Il *focus group* è una tecnica di ricerca sociale basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, alla presenza di uno o più moderatori, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità (Corrao, 2002). È una tecnica utile quando si necessita della raccolta di informazioni, giudizi e opinioni rispetto a un determinato tema e da parte di specifici soggetti, e può essere utilizzato nelle quattro differenti fasi di elaborazione di un progetto: 1) identificazione del problema; 2) progettazione intervento; 3) realizzazione intervento; 4) valutazione intervento.

Generalmente si distingue da altri tipi di gruppi poiché l'attenzione è rivolta prevalentemente al tema di discussione proposto dal ricercatore (attenzione etero-centrata), tuttavia, in base ai criteri di composizione e svolgimento del focus, è possibile analizzare anche le dinamiche interne al gruppo (attenzione auto-centrata).

La ricerca ha previsto la somministrazione di self report sia d'esito sia di processo (ossia di monitoraggio dei *focus group*).

Gli strumenti di esito, di seguito descritti, sono stati somministrati due volte: t_1 (prima dell'inizio del gruppo, a conclusione del colloquio motivazionale), e t_2 (a conclusione del 12° incontro di gruppo).

Gli strumenti di processo, di seguito descritti, sono stati somministrati a conclusione di ogni sessione di focus group (per un totale di n. 12 rilevazioni). Ai fini di questo contributo, tuttavia, si prenderanno in considerazione soltanto i valori espressi a: t_1 (a conclusione 1° incontro di gruppo), e t_2 (a conclusione del 12° incontro di gruppo).

Strumenti

Misure d'esito:

1. DSI-R (*Differentiation of Self Inventory-Revised*) (Skowron & Fiedlander, 1998; Skowron & Schmitt, 2003): *self report* costruito sulla base della teoria di Bowen (1978), che valuta la capacità di differenziarsi dagli altri significativi. E' composto da 46 item, suddivisi in 4 scale, valutati da una scala likert a 6 punti. Le scale sono:
 - *Emotional reactivity* (ER): valuta la tendenza a farsi sopraffare dalle proprie emozioni, l'incapacità di gestire adeguatamente le esperienze emotive intense. Alti punteggi in questa scala indicano una maggiore capacità di gestione dell'emotività;

- *Emotional cutoff* (EC): valuta la paura dell'intimità, dell'essere "inghiottiti, fagocitati, sommersi" dentro le relazioni, e la tendenza a sottrarsi in situazioni di stress relazionale. Alti punteggi a questa scala indicano minore chiusura emotiva;
 - *Fusion with other* (FWO): valuta la tendenza a coinvolgersi eccessivamente nelle relazioni, ad aderire acriticamente, passivamente, alle attese, i desideri, le opinioni altrui. Alti punteggi in questa scala indicano una minore tendenza alla fusione con gli altri;
 - *I position* (IP): riflette una chiara definizione del senso del Sé e l'abilità a mantenere salde le proprie idee/visioni/convinzioni, anche sotto pressione da parte degli altri;
 - *DSI tot*: valuta la capacità - intrapsichica e interpersonale - di differenziarsi rispetto agli altri significativi, l'abilità a mantenere un equilibrio relazionale, un contatto emotivo che renda possibile la soddisfazione sia dei bisogni di intimità, sia quelli di autonomia).
2. *IIP-32 (Inventory of Interpersonal Problems)* (Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000; Horowitz, Rosenberg, & Baer, 1988): *self report*, costruito sulla base della teoria di Harry Stack Sullivan (1940, 1953), che valuta la presenza di difficoltà relazionali e di adattamento sociale.
- È composto da 32 item, suddivisi in 8 scale, valutati da una scala Likert a 5 punti. Le scale sono:
- *Domineering/Controlling* (D/C): valuta la tendenza al mantenimento del controllo, l'incapacità di prendere in considerazione la prospettiva altrui, la tendenza alla manipolazione e all'influenza - esercitata anche in modo ostile e aggressivo - nei confronti degli altri;
 - *Vindictive/Self-centered* (V/Sc): valuta problemi di ostilità, tendenza ad esprimere rabbia e irritabilità, tensione verso la vendetta e lo scontro con gli altri;
 - *Cold/distant* (C/D): valuta problemi di distanza emotiva nei confronti degli altri; la tendenza a essere solitari, la difficoltà a mantenere impegni relazionali a lungo termine, carente capacità di sintonizzazione, empatia, amorevolezza, generosità, ecc.;
 - *Socially inhibited* (Si): valuta problemi di inibizione sociale, difficoltà a iniziare le interazioni sociali, a esprimere sentimenti ad altre persone, a partecipare a gruppi, socializzare, ecc.; valuta anche la presenza di sentimenti di ansia, timidezza e imbarazzo in presenza di altre persone; la tendenza all'evitamento delle situazioni sociali, ad assumere atteggiamenti introversi e distaccati anche al fine di evitare critiche, umiliazioni e/o rifiuti;
 - *Nonassertive* (N): valuta problematiche relative all'affermazione di se stessi, del proprio punto di vista e delle proprie emozioni, la mancanza di fiducia in se stessi, la difficoltà a prendere l'iniziativa o trovarsi al centro dell'attenzione, la tendenza ad evitare situazioni che riguardano sfida sociale o richiedono l'esercizio di potere o di influenza su altre persone, ecc.;
 - *Overly accommodating* (Oa): valuta problematiche relative alla sottomissione, la tendenza a essere inoffensivi nel rapporto con gli altri nel tentativo di compiacerli ed ottenere la loro approvazione, la tendenza a lasciarsi convincere facilmente, l'eccessiva accondiscendenza, la riluttanza a dire "no", la difficoltà nel manifestare disaccordo e rabbia per non incorrere nell'ostilità altrui; la tendenza a mostrarsi rispettosi e gentili, mai polemici e facilmente sfruttati dagli altri;
 - *Self-sacrificing* (Ss): valuta problematiche relative all'eccessivo spendersi per l'altro a scapito del sé; la difficoltà nel mantenimento dei limiti: l'essere ansiosi di dare, troppo generosi, troppo attenti, troppo permissivi, troppo empatizzanti con i bisogni altrui troppo facilmente coinvolgibili dai bisogni e dalle esperienze degli altri;
 - *Intrusive needy* (In): valuta problemi di dominanza amichevole, eccessi di estroversione e socievolezza che si traducono nella tendenza a "prendersi" le attenzioni degli altri, nella tendenza di rivelare cose inopportune, d'intromettersi nelle vite di altre persone, ecc...

L'IIP-32 fornisce un punteggio per ciascuna scala e un punteggio globale, dato dalla *Scala Totale*, che indica il livello complessivo di problematicità nelle relazioni interpersonali. Maggiori punteggi in ciascuna scala indicano la presenza di difficoltà interpersonali. In tutte le scale si considerano indicatori della presenza di problematicità relazionali i punteggi T superiori a una deviazione standard dalla media ($T > 60$); e indicatori di gravi disturbi interpersonali e d'adattamento sociale (disturbi di personalità) i punteggi T superiori a due deviazioni standard dalla media ($T > 70$).

Misure di processo:

1. GMLCS (*Group/Member/Leader Cohesion Scale*) (Piper, Marrache, Lacroix, Richardson, & Jones, 1983): *self report* che misura la coesione di gruppo.

La GMLCS è presente in tre forme che valutano rispettivamente la coesione verso: il gruppo (*group*), i singoli membri (*member*), e il conduttore (*leader*). In questo studio si è scelto di usare solo la forma che valuta la coesione del gruppo nel suo insieme.

Questa versione è composta da 9 item, suddivisi in tre scale, valutati su una scala likert a 6 punti. Le scale sono:

- *Mutual Stimulation and Effect* (MSE g): valuta la vicendevole stimolazione percepita all'interno del gruppo;
- *Commitment to the group* (COM g): valuta la percezione dell'impegno che il singolo membro mette verso gruppo;
- *Compatibility with the group* (COMP g): riflette l'impegno e la compatibilità dei singoli membri verso il gruppo.

2. CALPAS G (*California Psychotherapy Alliance Scale - group version*) (Gaston & Marmar, 1993, 1994): *self report* che valuta l'alleanza di gruppo. È composto da 12 item, suddivisi in quattro scale, valutati da una scala Likert a 7 punti. Le scale sono:

- *Patient Working Capacity* (PWC): valuta la capacità di lavorare attivamente e in modo propositivo durante le sessioni di gruppo;
- *Patient Commitment* (PC): valuta l'atteggiamento verso il lavoro di gruppo, il sentimento di fiducia e l'impegno nonostante i momenti di difficoltà;
- *Working Strategy Consensus* (WSC): valuta il grado di accordo, tra partecipanti e conduttori, rispetto agli obiettivi e le strategie del gruppo;
- *Therapist Understanding and Involvement* (TUI): valuta il grado di comprensione empatica, da parte dei conduttori, delle difficoltà e delle sofferenze dei partecipanti).

Analisi

Per testare le ipotesi precedentemente esplicitate sono state condotte analisi statistiche descrittive e correlazionali su tutte le variabili oggetto d'indagine. Considerata la limitata numerosità campionaria sono state condotte statistiche non parametriche. Per valutare il livello di associazione tra variabili è stato usato il test *Rho* di Spearman, mentre, per la stima delle differenze nei punteggi medi prima e dopo l'esperienza di gruppo è stato utilizzato il test di *Willcoxon*.

Risultati

Descrittive variabili d'esito t₁

Nelle Tabelle 1 e 2 è riportato il confronto tra i punteggi medi relativi alla prima rilevazione d'esito di tutti i partecipanti alla ricerca e i punteggi medi o i valori soglia stabiliti dagli strumenti utilizzati.

Dal confronto si evincono valori medi significativamente inferiori nei partecipanti alla ricerca, rispetto

al campione di riferimento, alle scale: DSI tot, EC (Emotional Cutoff) e FWO (Fusion with Other) (Tab. 1).

Non si evincono, invece, problemi relazionali (IIP-32): i valori medi espressi dai nostri soggetti rientrano, infatti, all'interno dei cutoff stabiliti dallo strumento (Tab. 2).

Tabella 1. Descrittive a t1 (variabili d'esito)

scale DSI	One-Sample Statistics				
	media camp. norm.	Media ns. sogg. (N. 21)	T	Df	Sig.
Emotional Reactivity	3.15	3.41	1.618	20	0.121
I Position	4.07	4.02	-0.413	20	0.684
Emotional cutof	4.43	3.56	-5.577	20	< .001
Fusion with other	3.84	3.07	-5.393	20	< .001
DSI tot	3.86	3.49	-5.288	20	< .001

Tabella 2. Descrittive a t1 (variabili d'esito)

Strumenti	cutoff	Mean	Std. dev.
IIP-32		57.67	13.13
Domineering/controlling			
IIP-32 Vindictive/Self centered		51.33	11.74
IIP-32 Cold/distant		51.29	9.27
IIP-32 Socially inibite	M > 60 = criticità;	52.00	10.90
IIP-32 Nonassertive	M > 70 = dist. di	53.52	9.50
IIP-32 Overly accomodating	pers.;	54.24	11.10
IIP-32 Self sacrificing		53.05	8.81
IIP-32 Intrusive needy		56.10	13.33
IIP tot		54.90	10.97

La scala DSI totale riflette la capacità di differenziarsi rispetto agli altri significativi, di trovare un equilibrio relazionale nella distanza-vicinanza Sé-Altro. Considerati i risultati alla prima rilevazione d'esito (t_1) sembra che i nostri giovani-adulti siano alla ricerca di questo equilibrio, la cui mancanza costringe all'adozione di due opposte "strategie difensive", entrambe presenti e attive nei nostri soggetti. Queste si manifestano: a) interponendo grosse distanze emotive tra Sé e l'Altro o, al contrario, b) aderendo eccessivamente alle richieste, opinioni e/o emozioni altrui (Bowen, 1979)⁸.

Differenza variabili d'esito $t_1 - t_2$

⁸ In particolare, la prima tendenza (rilevata dalla scala Ec) è caratteristica delle persone che negano il valore e l'importanza dei sistemi affettivi di riferimento, che conducono un'esistenza relativamente isolata e ostentano indipendenza (pur fondando la propria autostima sull'approvazione altrui); mentre la seconda tendenza (rilevata dalla scala Fwo), è caratteristica delle persone che rimangono "intrappolate" dentro i sistemi di riferimento affettivo (generalmente i sistemi familiari), e che pertanto appaiono dogmatiche, con poche convinzioni o credenze e in costante ricerca di approvazione e conferma da parte degli altri. 316

La Tabella 3 mostra i punteggi medi delle variabili d'esito (DSI; IIP-32), espressi dai partecipanti alla ricerca, nei tempi di rilevazione t_1 e t_2 ⁹.

Tabella 3. Punteggi medi a t_0 e t_2 (variabili d'esito)

	DSI ER	DSI IP	DSI EC	DSI FWO	DSI tot	IIP- 32 DC	IIP- 32 VSC	IIP- 32 Cd	IIP- 32 Si	IIP- 32 N	IIP- 32 Oa	IIP- 32 Ss	IIP-32 In	IIP-32 tot
T1	3.41	4.02	3.56	3.07	3.49	57.67	51.33	51.29	52.00	53.52	54.24	53.05	56.1	54.90
T2	3.43	3.87	4.44	3.38	3.78	56.33	49.67	50.9	50.00	50.9	54.62	54.43	55.67	53.62

Per verificare la significatività statistica dei cambiamenti tra t_1 e t_2 , è stato applicato il *Wilcoxon test* (Tab. 4) da cui, a conferma dell'ipotesi h_2 , risultano significativamente differenti i punteggi alla scala EC (Emotional Cutoff) ($Z = -3.746$; $p < .001$) e alla scala totale ($Z = -2.833$; $p = .005$), del DSI e alla scala N (Nonassertive) dell'IIP32 ($Z = -2.388$; $p = .017$)

Tabella 4. Wilcoxon test sulle differenze tra t_0 t_2 (variabili d'esito)

	DSI ER	DSI IP	DSI EC	DSI FW O	DSI tot	IIP3 2 DC	IIP32 VSC	IIP3 2 CD	IIP32 SI	IIP32 N	IIP3 2 OA	IIP3 2 SS	IIP3 2 IN	IIP32 tot
Z	.202 _a	1.653 _b	3.746 _a	-.946 _a	2.833 _a	-.345 _b	1.277 _b	-.171 _b	1.416 _b	2.388 _b	-.032 _a	-.966 _a	-.087 _b	1.197 _b
p	.840	.098	<.001	.344	.005	.730	.202	.864	.157	.017	.975	.334	.930	.231

L'aumento del punteggio alla scala EC (Emotional Cutoff) e alla scala tot del DSI attesta che durante la partecipazione al gruppo sono diminuiti gli atteggiamenti improntati alla distanza e alla finta indipendenza, e che nel corso dell'esperienza di gruppo è migliorata la capacità d'improntare "relazioni sociali sane" che riservino adeguati spazi tanto ai bisogni d'intimità quanto a quelli di autonomia.

Inoltre, la riduzione del punteggio alla scala N (Nonassertive) attesta che durante la partecipazione al gruppo è migliorata la capacità di prendere l'iniziativa, di decidere, di esprimere le proprie opinioni, di trovarsi (anche transitoriamente) al centro dell'attenzione, senza cercare di fuggire dalle situazioni sociali e, più in generale, dallo sguardo dell'altro (la cui eventuale disapprovazione sembra ora meno minacciosa sul piano della fiducia in sé stessi).

Correlazioni variabili d'esito

La Tabella 5 mostra le correlazioni significative tra gli strumenti d'esito¹⁰.

⁹ Corrispondenti: t_1 : alla conclusione del colloquio motivazionale precedente l'ingresso in gruppo, e t_2 : alla conclusione del 12° incontro di gruppo. 317

Osserviamo che a maggiori livelli di differenziazione del sé corrispondono minori problematiche interpersonale in vari domini relazionali, a conferma dell'ipotesi H₃. In particolare:

- a maggiori capacità di gestire le proprie emozioni (scala ER Emotional Reactivity) corrispondono minori difficoltà a prendere l'iniziativa, a trovarsi al centro dell'attenzione, ad affermazione del proprio punto di vista e le proprie emozioni, così come minori livelli di sfiducia in sé stessi (scala N Nonassertive; $\rho = -.575, p < .01$);
- a maggiori capacità di tenere saldo il proprio punto di vista, nonostante le eventuali pressioni emotive e/o razionali da parte degli altri significativi (scala IP I Position) corrispondono: minori difficoltà a prendere l'iniziativa, ed esplicitare il proprio punto di vista (scala N Nonassertive; $\rho = -.689, p < .01$); minore tendenza a compiacere gli altri nel tentativo di ottenere la loro approvazione (scala Oa Overly accomodating; $\rho = -.576, p < .01$), e minori problemi relazionali più in generale (scala tot dell'IIP32; $\rho = -.460, p < .05$).
- a maggiori capacità di non aderire dogmaticamente alle attese e ai desideri altrui (scala FWO Fusion with other) corrispondono minori difficoltà relative al mantenimento dei limiti, all'eccessivo spendersi per l'altro a scapito del sé, e al disagio legato al sentire di dover soddisfare i bisogni altrui (scala Ss Self sacrificing; $\rho = -.454, p < .05$);
- a maggiori livelli di differenziazione del sé (scala tot del DSI), corrispondono minori livelli di mancanza d'assertività (scala N Nonassertive; $\rho = -.501, p < .05$).

Tabella 5. Spearman's rho correlations (variabili d'esito)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1 RSE_TOT														
2 DSI ER	1.000													
3 DSI IP	.453*	1.000												
4 DSI EC	-.146	-.400	1.000											
5 DSI FWO	.423	.224	-.298	1.000										
6 DSI tot	.796**	.499*	.136	.620**	1.000									
7 IIP32 D/c	-.146	-.127	-.123	-.328	-.362	1.000								
8 IIP32 V/Sc	.182	.004	-.084	-.206	-.037	.675**	1.000							
9 IIP32 C/d	-.005	-.070	-.274	.235	-.012	.353	.539*	1.000						
10 IIP32 Si	-.145	-.385	-.056	.174	-.145	.502*	.561**	.566**	1.000					
11 IIP32 N	-.575**	-.689**	.396	-.338	-.501*	.399	.362	.251	.600**	1.000				
12 IIP32 Oa	-.295	-.567**	.133	-.172	-.422	.126	.172	.300	.285	.623**	1.000			
13 IIP32 Ss	-.095	-.297	.332	-.454*	-.206	.442*	.474*	.262	.201	.544*	.534*	1.000		
14 IIP32 In	-.118	-.051	.354	-.395	-.172	.401	.260	-.118	-.147	.299	.395	.637**	1.000	
15 IIP32 Tot	-.244	-.460*	.212	-.248	-.336	.666**	.711**	.529*	.614**	.776**	.646**	.717**	.547*	1.

¹⁰ Ai fini della corretta interpretazione delle correlazioni si ricordi che alti punteggi alle scale ER (Emotional Reactivity), EC (Emotional Cutoff), FWO (Fusion with other) sono rispettivamente indici: di una minore reattività emotiva (ER); di una minore chiusura emotiva (EC), e di una tendenza alla "fusione" con gli altri (FWO). 318

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Correlazioni variabili di processo-esito

La Tabella 6 mostra le correlazioni tra le variabili di processo e il DSI¹¹ e l'IIP-32.

In accordo con l'ipotesi h₄, si evince che a maggiori livelli di coesione e alleanza di gruppo corrispondono maggiori livelli di differenziazione del sé e minori difficoltà relazionali. In particolare, è possibile osservare che:

- a maggiori capacità di reciproca stimolazione in gruppo (scala MSE Mutual Stimulation and Effect) corrispondono minori livelli di chiusura emotiva (scala EC Emotional Cutoff; $\rho = -.580, p < .01$), maggiori livelli di differenziazione del sé (scala tot del DSI; $\rho = -.452, p < .05$) e minori problematicità interpersonali (scala tot IIP-32; $\rho = -.452, p < .05$).
- a maggiori livelli di compatibilità tra i componenti del gruppo (COMP g Compatibility with the group) corrispondono minori livelli di auto-centratura, ostilità, sospettosità e irritabilità (scala V/Sc Vindictive Self-Centered; $\rho = -.541, p < .05$); minore distanza emotiva (scala C/D Cold/Distant; $\rho = -.477, p < .05$), minore tendenza a sacrificare sé stessi per soddisfare i bisogni o i desideri degli altri (scala Ss Self-sacrificing; $\rho = -.551, p < .01$), e minore presenza di problematicità interpersonali (scala tot dell'IIP-32; $\rho = -.580, p < .01$).
- a maggiori capacità di lavorare attivamente e in modo propositivo durante le sessioni di gruppo¹² (scala PWC Patient Working Capacity), corrisponde una minore chiusura emotiva (scala EC Emotional cutoff; $\rho = .470, p < .05$).
- a maggiori sentimenti di fiducia e d'impegno nonostante i momenti di difficoltà del gruppo (scala PC Patient Commitment) corrispondono minore tendenza a sacrificarsi per gli altri (scala Ss Self sacrificing; $\rho = -.571, p < .01$).
- a maggiori livelli di accordo rispetto agli obiettivi e alle strategie del lavoro di gruppo (scala WSC Working Strategie Consensus), corrispondono: maggiori capacità d'esplicitare le proprie idee e convinzioni (scala IP I Position; $\rho = .483, p < .05$), minore chiusura emotiva (scala EC Emotional cutoff; $\rho = .440, p < .05$), e maggiore differenziazione del sé in generale (Scala tot del DSI; $\rho = .540, p < .05$) e minore tendenza al sacrificio di sé (scala Ss Self sacrificing; $\rho = -.492, p < .01$).
- a maggiore livelli di percezione della comprensione empatica da parte dei conduttori (scala TUI Therapist Understanding and Involvement) corrispondono minori livelli di ostilità sospettosità e irritabilità da parte dei partecipanti (scala V/Sc Vindictive/Self-centered; $\rho = -.468; p < .01$).

Tabella 6. Spearman's rho correlations (variabili processo esito)

Spearman's rho	GMLCS MSE g	GMLCS COM g	GMLCS COMP g	CALPA S PWC	CALPAS PC	CALPAS WSC	CALPA S TUI
DSI ER	0.388	-0.322	0.296	-0.126	-0.11	0.282	0.148
DSI IP	0.182	0.188	0.106	0.012	0.137	.483*	0.294
DSI EC	.507*	0.125	0.372	.470*	0.301	.440*	0.315

¹¹ Cfr nota n. 10 rispetto alla corretta lettura della tabella correlazionale.

¹² Per esempio: fornendo materiale rilevante e/o accogliendo gli interventi dei conduttori in modo da favorire l'approfondimento dei temi salienti e/o la risoluzione dei problemi.

DSI FWO	0.328	-0.019	0.202	0.069	-0.104	0.413	0.153
DSI tot	.458*	-0.2	0.396	0.149	0.058	.540*	0.225
Domineering_controlling2	0.066	0.083	-0.273	0.103	-0.142	-0.016	-0.262
Vindictive_self-centered2	-0.39	0.087	-.541*	-0.072	-0.324	-0.424	-.468*
Cold_distant2	-0.418	0.008	-.477*	-0.171	-0.188	-0.103	-0.075
Socially_inhibited2	-0.245	0.134	-0.194	-0.258	-0.295	-0.279	-0.264
Nonassertive2	-0.296	0.373	-0.343	0.037	-0.241	-0.218	0.027
Overly_accomodating2	-0.252	0.198	-0.333	-0.022	0.007	-0.12	0.161
Self-sacrifing2	-0.342	.490*	-.551**	-0.334	-.571**	-.492*	-0.127
Intrusive_needy2	-0.038	0.244	-0.314	0.222	-0.151	-0.056	0.045
IIP_tot2	-.452*	0.317	-.580**	-0.109	-0.329	-0.362	-0.122

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Discussione

Degni di nota ci sembrano i risultati di questo studio che mostrano, pur in assenza di problematicità relazionali particolari, l'esistenza di una difficoltà a differenziarsi dagli altri significativi, che sembra spingere i partecipanti alla ricerca ad atteggiamenti di eccessivo distanziamento o, al contrario, di eccessiva adesione alle istanze altrui (Tab. 1, 2).

L'eccessivo distanziamento è caratteristico delle persone che negano il valore e l'importanza dei sistemi affettivi di riferimento, che conducono un'esistenza relativamente isolata e ostentano indipendenza pur fondando la propria autostima sull'approvazione altrui (Bowen, 1974)¹³. Quest'ultima tendenza è presente in tutti e tre i gruppi.

L'eccessiva adesione alle istanze altrui é, invece, caratteristica delle persone che rimangono "intrappolate" dentro i sistemi di riferimento affettivo¹⁴, che pertanto appaiono dogmatiche, con poche convinzioni o credenze e in costante ricerca di approvazione e conferma da parte degli altri (*ibidem*).

Entrambi questi atteggiamenti, accompagnano e denunciano un carente livello di differenziazione del sé, il quale si manifesta nella difficoltà a relazionarsi con l'altro e nell'incapacità a trovare quella "giusta distanza" che consente di soddisfare tanto i bisogni di autonomia, quanto quelli d'intimità.

Di interesse appaiono anche i risultati che indicano che a seguito dello svolgimento dei *focus-group* si è registrato, oltre che un aumento della capacità d'esprimere il proprio punto di vista, anche un generale aumento del livello di differenziazione del sé e una diminuzione della chiusura emotiva (tabb. 3,4).

Questi dati sono interessanti perché mostrano, anche in un assetto di breve durata e con un focus predefinito, la possibilità di trovare nel set(ting) di gruppo (Giannone & Lo Verso, 2011) un dispositivo idoneo ad un lavoro trasformativo su di sé e sulla propria identità, oltre che all'approfondimento di tematiche di volta in volta individuate.

¹³ Scrive Bowen: «... la persona si comporta in modo da fingersi più autonoma di quanto, in effetti, sia, e raggiunge il distanziamento emotivo sia per mezzo di meccanismi interni sia per mezzo dell'effettiva distanza fisica» (Bowen, 1979, p. 64).

¹⁴ Parlando di sistemi di riferimento affettivo, nel descrivere un legame ipermoderno, Scabini e Cigoli (2000) distinguono due tipi di legame nell'area dell'*anti-patto*, traducendo in termini relazionali i concetti espressi da Recalcati. Si tratta di un sistema di relazioni che ha in "*odio il legame pur inseguendolo*" (Scabini & Cigoli, 2000). Il legame si caratterizza, da un lato, come fonte di svilimento e frustrazione delle proprie libertà personali o dall'altro, come un valore rigido che declina ruoli e funzioni secondo una transazione transgenerazionale. 320

Così, se obiettivi generali di questo studio erano l'analisi di alcuni aspetti inerenti l'identità e il funzionamento interpersonale (per testarne le caratteristiche e le eventuali sofferenze) nei giovani-adulti partecipanti alla ricerca, e la verifica di eventuali cambiamenti intercorsi in questi aspetti tra l'inizio (t_1) e la fine (t_2) dei *focus groups*, i risultati di questo studio, specie se replicati e supportati da ulteriori analisi, rappresentano un utile elemento di partenza, nel percorso della nostra ricerca, rispetto anche al passaggio dalla prima fase del progetto (identificazione del problema), alle successive fasi di progettazione, realizzazione e valutazione di un possibile intervento: la prima fase della ricerca ci ha consentito, infatti, di rilevare/identificare una difficoltà relativa alla differenziazione del sé, ma anche un aumento del livello di differenziazione nel corso dell'esperienza di gruppo, una seconda fase potrebbe quindi riguardare la progettazione di ulteriori gruppi che abbiano come specifico obiettivo il lavoro su di sé e la propria identità, nonché un'attenzione precipua al rapporto tra questi aspetti e il lavoro attraverso il gruppo.

In questa stessa direzione spingono anche i risultati dell'analisi correlazionale dai quali si è evinto come ad una buona qualità del processo grupppale corrispondano maggiori livelli di differenziazione del sé e minori difficoltà relazionali (Tab. 6).

Ancora una volta - sebbene i numeri di questo studio non consentano di parlare di rapporti di causalità - i risultati ci incoraggiano a proseguire l'indagine in questa direzione; fosse anche per mettere empiricamente in evidenza un dato per certi versi "di partenza", un presupposto (ma che vale la pena sottolineare specie, come sottolineato in premessa, in questo periodo storico di parziale "scollamento" tra l'individuo e le sue matrici d'appartenenza), ovvero l'imprescindibile legame sé-Altro, che regola e organizza il nostro modo di stare al mondo, nonché il rapporto Idem/Autòs (Napolitani, 1987), Idem/Ipset (Ricouer, 1990), continuità/discontinuità (Carli, 2011).

In quanto ai limiti di questo studio, va detto che, oltre all'esigua numerosità dei partecipanti che ci ha consentito d'effettuare solo analisi descrittive e correlazionali, un altro limite che speriamo di poter superare, con ulteriori studi, è il fatto che i partecipanti alla ricerca siano finora solo di studenti di psicologia.

Rispetto, infine, alle finalità più generali della ricerca (esplorare alcuni aspetti attinenti la sfera dell'identità e avviare un lavoro d'approfondimento empirico sul costrutto disidentità), riteniamo interessante quanto emerso proprio perché ci sembra supportare l'idea della disidentità non come quadro psicopatologico (es. disturbi di personalità), bensì come una sorta di indebolimento - nella struttura di base del sé: il suo livello di differenziazione.

Quest'ultimo è un aspetto fondamentale della personalità poiché non solo rimanda al senso d'integrazione dell'identità¹⁵, ma di questo è il principale garante.

Un carente livello di differenziazione del sé, quindi, può cimentare fortemente il senso d'integrazione dell'identità.

Se letti in quest'ottica, e soprattutto se confermati da ulteriori ricerche, questi dati possono aiutarci a rilanciare la comprensione clinica della sofferenza psichica in questi anni di profonda metamorfosi, proponendosi come chiave di lettura rispetto alle direzioni attuali del funzionamento psichico e della psicopatologia. Direzioni che, come segnala la letteratura clinica contemporanea (Ferraro, 2011, Ferraro, Giannone, & Lo Verso, 2012; La Barbera, Guarneri, & Ferraro, 2010; Recalcati, 2011, 2010; Rossi Monti, 2008; Rossi Monti & Gosio, 2013; Stanghellini, 2011), sembrano slittare verso un funzionamento borderline, che, com'è noto, trova nella compromissione del senso d'integrazione dell'identità uno dei suoi principali indici diagnostici.

In termini più generali, se consideriamo il carente livello di differenziazione del sé come indice di un arresto nel dinamico processo d'individuazione (e dunque nel dialogo *idem/autòs*) possiamo forse già

¹⁵ Insieme ad altri indici, il senso d'integrazione dell'identità stabilisce il livello evolutivo di organizzazione di una personalità (o diagnosi strutturale) (Kernberg, 1975/1978; McWilliams, 1994/1999). In particolare, secondo Kernberg (1975) il senso d'integrazione vs diffusione dell'identità va valutato insieme ai meccanismi di difesa utilizzati e alla tenuta dell'esame di realtà. A questi tre indici la McWilliams aggiunge (1994/1999): la capacità di osservare la propria patologia, la natura del conflitto primario, e altri aspetti legati a transfert e controtransfert.

(in attesa delle analisi dei trascritti dei *focus-group*), tornare al costrutto di disidentità come possibile chiave di lettura delle nuove forme d'organizzazione psichica ed, eventualmente, di psicopatologia.

Il fatto, poi, come abbiamo già sottolineato, che durante la partecipazione ai focus si siano verificati diversi cambiamenti positivi, ci induce a proporre un'ulteriore riflessione rispetto all'utilità del set(ting) di gruppo ai giorni nostri. Forse non a caso, esso sta recentemente venendo alla ribalta come set(ting) di cura adeguato, oltre che alla risoluzione di alcuni sintomi, all'intervento sugli aspetti più profondi e strutturali della personalità (Lo Coco, Giannone, & Lo Verso, 2006).

Bibliografia

- Ardizzo, G. (2003). *L'esilio del tempo. Mondo giovanile e dilatazione del presente* [The exile of the time. Youth and expansion of the present]. Roma: Meltemi.
- Augè, M. (1993). *Non Luoghi. Introduzione ad una antropologia della surmodernità* [Non-Places. Introduction to an Anthropology of supermodernity] (D. Rolland & C. Milani, Trans.). Milano: Elèuthera. (Original work published 1992).
- Bauman, Z. (2008). *Voglia di comunità* [Feeling for community] (S. Minucci, Trans.). Roma: Laterza. (Original work published 2001).
- Bauman, Z. (2008). *Vita liquida* [Liquid life] (M. Cupellaro, Trans.). Roma: Laterza. (Original work published 2006).
- Bourdieu, P. (2005). *Il senso pratico* [Practical sense] (M. Piras, Trans.). Roma: Armando. (Original work published 1980).
- Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo* [From family to the individual] (M. Andolfi & M. De Nichilo, Eds. & Trans.). Roma: Astrolabio. (Original work published 1978).
- Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità [Parenthesis on identity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-17.
- Corrao, S. (2005). *Il focus group* [Focus group]. Milano: Franco Angeli.
- Ehrenberg, A. (2010). *La società del disagio. Il mentale e il sociale* [The society of uneasiness. The mental and the social issue] (V. Zini, Trans.). Torino: Piccola Biblioteca Einaudi. (Original work published 2010)
- Fédida, P. (2002). *Il buon uso della depressione* [The good use of depression] (S. Mistura, Trans.). Torino: Einaudi, Torino. (Original work published 2002).
- Ferraro, A.M., & Lo Verso, G. (2007). *Disidentità e dintorni. Reti smagliate e destino della soggettività oggi* [Disidentity and surroundings. Snagged networks and fate of subjectivity today]. Milano: Franco Angeli.
- Ferraro, A. M., & Lo Verso G. (2008). Soggettività: identità e disidentità [Subjectivity: identity and disidentity]. *Psicotech*, 1, 37-43.
- Ferraro, A.M. (2011). Disidentità: una sola moltitudine o solo molta solitudine? [Disidentity: only one multitude or only a lot of solitude?]. *Plexus*, 7, 11-23.
- Ferraro, A.M., Giannone, F., & Lo Verso, G. (2012). Disidentità: una chiave di lettura per le nuove forme di psicopatologia? [Disidentity: a key for reading new forms of psychopathology?]. *Narrare i gruppi. Etnografia dell'interazione quotidiana. Prospettive cliniche e sociali*, 7 (1), 35-43.
- Foulkes, S. H. (1991). *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica* [Introduction to groupanalytic psychotherapy] (A. Lombardo, Trans.). Roma: Edizioni Universitarie Romane. (Original work published 1948).
- Gaston, L., & Marmar, C.R. (1993). *Manual of Private California Psychotherapy Alliance Scales*. S. Francisco (Marmar): McGill University, Montreal, Canada (Gaston) and University of California.
- Gaston, L, Marmar C.R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A.O. Horvath, & L.S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: theory, research and practice* (pp. 85-108). New York: John Wiley & Sons Inc.

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Ferraro, A.M., Guarnaccia, C., Mineo, C., Giusino, L., Ruggirello, A., & Giannone, F. (2014). Disidentità nell'epoca post moderna: differenziazione del sé e relazioni interpersonali prima e dopo un'esperienza di gruppo [Dis-identity in the postmodern epoch: self-differentiation and interpersonal relationships before and after a group experience]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 309-325. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Giannone, F. & Lo Verso, G. (2011). Epistemologia, Psicologia Clinica e Complessità [Epistemology, Clinical Psychology and Complexity]. In G. Lo Verso, & M. Di Blasi (Eds.), *Gruppoanalisi Soggettuale* (pp. 17-57). Milano: Raffaello Cortina.
- Giannone, F., Ferraro, A.M., & Lo Verso, G. (2011). Gruppoanalisi Soggettuale e teoria del Self [Subjectual groupanalysis and Self Theory]. In G. Lo Verso, & M. Di Blasi (Eds.), *Gruppoanalisi Soggettuale* (pp. 59-87). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Giddens, A. (1994). *Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischi, sicurezza e pericolo* [Consequences of modernity. Trust and risks, safety and danger] (M. Guani, Trans.). Bologna: Il Mulino, Bologna. (Original work published 1990).
- Harvey, D. (2002). *La crisi della modernità. Riflessioni sulle origini del presente* [The crisis of modernity. Reflections on the origins of the present] (M. Viezzi, Trans.). Milano: Net (Original work published 1989).
- Horowitz, L.M., Alden L.E., Wiggins J.S., & Pincus, A. (2000). *Inventory of interpersonal problems manuals*. USA: The Psychological Corporation. Harcourt Assessment Company.
- Kaës, R. (2008). Le identificazioni e i garanti metapsichici del riconoscimento del soggetto [Identification and metapsychic guarantors of the recognition of the subject]. *Rivista di Psicoanalisi*, 4, 957-970.
- Kaës, R. (2012). *Le Malétre* [Feeling bad]. Paris: Wiley.
- Kenberg, O.E. (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico* [Marginal syndromes and pathological narcissism] (S. Stefani, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri. (Original work published 1975)
- La Barbera, D., Guarneri, M. G., & Ferraro, L. (2009). *Il disagio psichico nella postmodernità. Configurazioni di personalità e aspetti psicopatologici* [The psychological distress in post-modernity. Configurations of personality and psychopathological aspects]. Roma: Edizioni Ma.Gi.
- Lo Coco, G., Giannone, F. & Lo Verso, G. (2006). La ricerca in psicoterapia di gruppo [Research on group psychotherapy]. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 753-773). Milano: Raffaello Cortina.
- Lytard, J. F. (1981). *La condizione postmoderna* [The postmodern condition] (C. Formenti, Trans.). Milano: Feltrinelli. (Original work published 1979)
- Lytard, J.F. (1988). *Il postmoderno spiegato ai bambini* [The postmodern told to children] (A. Serra, Trans.). Milano: Feltrinelli. (Original work published 1987).
- McWilliams, N. (1999). *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico* [Psychoanalytic diagnosis. Personality structure and clinical process] (L. Baldaccini, Trans.). Roma: Astrolabio. (Original work published, 1994)
- Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppalità* [Individual and group issues]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Piper, W.E., Marrache, M., Lacroix, R., Richardsen, A.M., & Jones, B.D. (1983). Cohesion as a basic bond in groups. *Human Relations*, 36, 93-108.
- Recalcati, M. (2010). *L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica* [The man without uncscious. Figures of the new psychoanalytic clinics]. Milano: Raffaello Cortina.
- Recalcati, M. (2011). *Cosa resta del padre? La paternità nell'epoca ipermoderna* [What about father remains? Fatherhood at ipermodern times]. Milano: Raffaello Cortina.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre* [Oneself as another]. Paris: Seuil.

- Rossi Monti, M. (2008). *Forme del delirio e psicopatologia* [Forms of delirium and psychopathology]. Milano: Raffaello Cortina.
- Rossi Monti, M., & Gosio, N. (2013). *Depressione: il paradigma errante. La nuova clinica fra scienze e cultura* [Depression: the wandering paradigm. The new clinics between sciences and culture]. Milano: Franco Angeli.
- Scabini, E., & Cigoli, V. (2000), *Il familiare* [The familiar]. Milano: Raffaello Cortina.
- Skwron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 78-81.
- Stanghellini, G. (2011). Una società a orologeria, una modesta proposta [A clockwork society, a modest proposal]. *Plexus*, 7, 24-37.