

Mental Illness: Reflections on the Papers Presented in the Special Issue of Rivista di Psicologia Clinica 1/2014

Roberto Vari*

Abstract

This article presents reflections about some questions emerged in the papers that several scholars have produced for the Special Issue of Rivista di Psicologia Clinica 1/2014, dedicated to mental illness. The author here remarks the fact that many scholars agree on criticising the approaches mainly based on the individual as they are considered reductive and ineffective. He takes in consideration the different theoretical and operational methods exposed in the papers that go beyond the focus on the individual in the intervention for mental illness. The author's analysis pinpoints the most controversial aspects present in the various proposals and proceeds with the thesis that sometimes in the intervention the shift of focus towards the relationship between individual and social context occurs in the absence of a clear theoretical model. In the intervention which aims at the integration of the mentally ill patient in the coexistence milieu, this limit involves the risk of an opaque definition of psychological expertise, getting it mistaken for an activity based on social and humanitarian efforts – hence the necessity to develop a tight correlation between praxis involving interventions on coexistence milieus and theoretical models that clarify their sense.

Keywords: mental illness; madness; individual/context relationship; integration; Health Mental Center.

* Clinical Psychologist, Mental Health Center - U.S.L. Roma D, formerly in charge of Operational Unit: “Admission Process and Short-Term Interventions”. E-mail: roberto.vari9@gmail.com

Vari, R. (2015). Malattia mentale: Riflessioni sui contributi presentati nella Special Issue della Rivista di Psicologia Clinica 1/2014 [Mental Illness: Reflections about the papers presented in the Special Issue of Rivista di Psicologia Clinica 1/2014]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 118-140. doi: 10.14645/RPC.2015.2.553

Foreword

In the Special Issue of *Rivista di Psicologia Clinica* 1/2014 different Authors, including the writer of this paper, wrote some reflections on mental illness specifically focusing on the topic of the relation between the individual and the context. This paper of mine aims at promoting and developing a discussion on the matter through personal reflections and considerations inspired by the works issued in the review.

It often occurs that the clinical experiences or theoretical models proposed by various scholars keep being isolated contributions, scattered tiles of a mosaic. There hardly is a way for the expressed ideas to generate any debate; the issued works disperse in several thematic rivulets which are not easy to be brought back to coherent thematic cores.

Clinical psychology, as various Authors often state, is not only a theory of the mind, but is also an intervention that responds to a demand. Hence, the operative value of the discipline, being centred on emotions and interpersonal relationships, results tightly moored to the problems of social coexistence. Matching different theoretical – operative perspectives – which may result sterile practice if based on abstract and de-contextualised themes – will result more fertile practice when the focus of the discussion is characterised by a strong social value theme as the mental illness.

The papers in the Special issue turned out to be very interesting as they thoroughly highlighted, according to a variety of perspectives, the limits of the approaches exclusively based on the individual; in the meantime they point out the absolute prevalence of the intervention based on the individual in the operating centres of the various countries. The different Authors also propose other meaningful points of interest represented by ideas, experiences and theoretical-operative models focused on the relationship between the individual and the context. Understanding and distinguishing some common points and the diverging ones, often implicit, presented in the various works will be the leitmotiv of the reflections which will follow. My purpose will be enucleating from the various proposals those elements that, in my opinion, can raise queries or further questions. It is worth specifying that such a choice involves a selection that, for reasons of space, will unfortunately but inevitably leave out many interesting and relevant reflections exposed by the Authors.

Madness: an elusive definition

Carli and Paniccia (2014) express themselves in such terms:

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 (p. 10).

The same Authors point out that the definition of “madman” is activated as the result of a failure of the collusive pact which sustain the emotional symbolization of the coexistence context and which presides over the relationships of reciprocity, break up that results in experience of extraneousness and unpredictability:

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 (p. 10).

They also notice that madness is considered as such if the violation of the collusive pact is carried out by the single individual; collective phenomena like wars, say the Authors, are not considered folly.

Carli and Paniccia’s conceptualisation of madness is interesting as it makes use of the relational vertex of the coexistence context instead of the intrapsychic vertex. In the latter madness is linked to the irruption of affectivity not mediated by the secondary process thinking, to the confusion between the dream world and the wake world, to the dominance of the symmetric unconscious thought in Matte Blanco’s words (1975/1981).

In the sense stressed by this Authors, strangeness, unpredictability and madness no more represent natural and absolute categories exclusively belonging to the individual, on the contrary they are the result of the failure of the collusive pact inside the social context, historically determined. In other words what is considered crazy and incomprehensible is what does not fit to the collusive reciprocity existing within a specific culture. Saint Francis from Assisi would likely be considered mad nowadays, while at the time a culture strongly characterized by mysticism and religion considered his behaviour acceptable.

Treating the subject matter under this perspective makes it less immediate to grasp as the collusive pact, however founded on affective symbolisations, is reified and consequently experienced as founded on reason as opposed to irrationality.

According to Carli and Panizza, the definition of “madman” corresponds to a specific failure of the shared collusive dynamics, that is, incomprehensibility.

Their discourse indirectly implies that crime, alcoholism as well as other less visible phenomena of everyday coexistence pertain to other kinds of collusive failure. The interpretative model proposed by the Authors has the merit of being very clear and it grasps, in my opinion, some fundamental elements of the issue. Yet it is reasonable to question to what extent failure of collusion associated to unpredictability, strangeness and incomprehensibility is enough to define the phenomenon of madness.

In several circumstances relational situations appear strange and incomprehensible even if they are not felt as madness. Think for example of the frequency, in daily interpersonal relationships, of the expression “you must be crazy” every time the other’s behaviour does not seem to conform to the current one and so it results incomprehensible. Such an expression confirms on the one hand the Authors’ assumptions; on the other, it is also true that the ones actually identified as crazy are not the same individuals the expression is addressed to. Should we make the hypothesis that the definition of madness sets off when the “basic” areas of the shared collusive dynamics fail? How to identify them? Moreover, wouldn’t we end up separating them from the cultural-historical background and so run the risk of restoring an essentialist approach? We could suppose that the violation of the shared collusive dynamics characterised by incomprehensibility results in a necessary but not sufficient condition to define madness. Maybe it is necessary to reckon that other elements contribute to rouse an emotional experience that is finally represented as madness. Such elements, in a certain sense, appear well-known but at the same time obscure and elusive. In so far a definition of the phenomenon of madness is attempted, it always seems that something slips away; the alteration of the relationship between the subject and reality, usually considered typical in madness, is an example. Indeed wherever we presume a clear boundary between the subject and reality, we risk skating on thin ice; some examples can illustrate the difficulty in dealing with this topic since the past times: the thousand-year old philosophical disputes where the issue of the relationship with reality refers to the subject/object relationship; the antinomies finite/infinite or one/manifold; the different epistemological models dealing with the cognitive relation between subject and object; the antinomy individual/relationship – which is the central theme of the Special Issue. Particularly significant in this sense are also a number of literary references, among which “Life is a Dream” by Calderón de la Barca or the universalistic geniality of Shakespeare’s works where reality, dream, folly, play, theatrical fiction and role reversals interlace and run after each other almost mixing up, like in a multifaceted prism by which humankind can be represented.

In the interview edited by Bucci, Campagnola and Taguchi (2014), K. Shingu mentions the short story by Zhuang-zi, also referred to by Lacan, which highlights the impossibility of a solid/firm mooring to a predefinite reality:

You should know the famous tale of Zhuang-zi (Sōshi in Japanese), the ancient Chinese philosopher who, waking up from a dream, did not know whether it was Zhuang-zi who had dreamt he was a butterfly, or a butterfly had dreamt she was Zhuang-zi. This is a classic and widely quoted example of the relativism which informs Eastern view of subjectivity (pp. 117-118).

Winnicott (1971/1974) maybe grasps the ineffable nature of this paradox by postulating the existence of that area of experience defined as transitional, situated in between subject and reality. It is a space that can never be reified, where reality is simultaneously subjective and objective. This feature, as a matter of fact, is typical of the cultural experience, of the processes of affective symbolisation and of the processes of general signification – think of Pierce triangle: “sign/object/interpretant” (Eco, 1975).

A different question rises about the extent to which the “insane” inevitably rouses a rejecting attitude in the social milieu because of his/her being out of the shared collusive dynamics. Let us go through two clinic episodes. A couple of parents come to the Mental Health Centre and report about their daughter – in her 40s – who at night shouts from the balcony of her apartment blaming and inveighing against the persons she believes persecute her. The neighbourhood, annoyed, sometimes call the Law Enforcement. The woman has lost her work as a teacher and has been living in her family, where she is quite integrated, for years. She

often talks to herself, she has no social relationships but she helps her parents with the house chores. Her parents cannot understand the reasons for their daughter's behaviour, but they have accepted her diversity also thanks to the work carried out along with the psychologist.

On the basis of such a clinical episode, is it plausible to affirm that the behaviour of the woman talking to herself and shouting from the balcony at night becomes unbearable for the neighbourhood because of the anguish produced by facing an unpredictable and incomprehensible person? It is likely to think that the woman's behaviour has in the end become quite common and predictable. Isn't the neighbourhood reaction stirred, instead, by the annoyance caused by the woman to their sleep and maybe, unconsciously, by the feeling of being the target of a provocation? Another middle aged woman, affected by an impairing obsessive organization of personality, felt the compulsive need to get up in the middle of the night and sonorously slam the door of her apartment a number of times waking up the neighbours in her block. The woman was desolate as she was conscious of the disturbance she caused but she could not help yielding to the compulsion; unlike the former woman she had a demand and she felt ill. Even in this case we deal with a behaviour causing a violation of the shared collusive dynamics concerning the unquestionable rule that at night disturbing noises must be avoided; but what provokes the refusal is the emotional experience of the night nuisance and not the intolerance for the behaviour noncompliant with the shared collusive dynamics.

In other words, the intolerance reaction is not exclusively determined by the collusive failure associated to incomprehensibility. In various circumstances the relational context is available to accept the other's strangeness through the creation of new collusive pacts, where the diversity can be reinterpreted with new symbolizations of the relationship; while it will be anyway difficult to accept to be waken up every night. If the former woman had been observed while talking to herself in a low voice and the latter had opened and closed the door without too much noise, there would have been hardly any problems with the neighbourhood.

Apart these remarks, the theoretical construct of the collusive failure postulated by Carli and Paniccia has the merit of offering a precise and well defined theoretical model of the relationship context/individual, which turns out to be very effective to understand the relational problems generated by mental illness in the social context, independently of the interpretative models on its origins. The issue is particularly remarkable in fact, analyzing further papers, it will be demonstrated how a solid theory of the relationship individual/context is fundamental if the focus is shifted from the individual to the relationship with the context.

Reflections about some theoretical and operative proposals on the relationship individual/context and on mental illness

Let us now consider some statements selected from the papers proposed in the Special Issue by different Authors showing how the topic involves knots difficult to unravel:

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) (Laria, 2014, p. 49).

The operation mode acted in the Reception area can be considered as indicator of the theoretical and operative model of the Service in its entirety. The evolution of the culture of the right response towards the culture of the analysis of the client's demand would seem a relevant issue. This would allow the Service to have some criteria for the Reception, particularly for the "common emotional disorders" and for the families' demands. The interventions founded on the diagnosis and addressed to the individual, requiring a filter to redirect people to specialized intervention, could be differentiated from those founded on the understanding of the problems of coexistence, requiring interventions on the relationship; this will help to integrate the interventions and not to live them in conflict. Moreover, the competences that need a setting referred to technique (psychiatric or psychotherapeutic) should be differentiated from the relational competence consistent with an organizational function as the Reception. This cultural and conceptual reconsideration, supporting an organizational and not technical-specialized competence would concern the entire Mental Health Service in its different roles and functions (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli, & Sesto, 2014, p. 205, *trans. en. by the Author*).

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, Paniccchia, & 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. (Carli & Paniccchia, 2014, p. 20).

Adopting the biopsychosocial model postulated by Engel (1977), Laria (2014) states that the dichotomy between the diagnosis of biological depression and the one of situational depression has no sense. That dichotomy would attribute a biological origin to the former and a psycho-social one to the latter. In a following passage he claims an equal status between the two diagnosis as he sees in each the presence of the three bio-psycho-social components (Laria, 2014, p. 52). Conversely, Paniccchia et al. (2014), in the quoted passage, sustain the need for a clearer differentiation between clinical situations addressed to the individual and founded on the diagnosis and other clinical situations based on the understanding/analysis of the problems of coexistence requiring competences on relationship. The statements expressed in the three documents just mentioned/quoted assume particular connotations. Laria criticizes the dichotomy between biological and situational depression and disagrees with the D.S.M. V (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) whereas some diagnosis are attributed more relevance (i.e. the bipolar disorder), while others (adjustment disorders) are considered minor or are not considered disorders at all as they have no biologic origin. Laria’s point of view assumes a theoretical frame that considers both the bipolar and the adjustment disorders as “illnesses”, even though adopting criteria of multifactorial aetiology in accordance with the bio-psycho-social model.

On the other hand Paniccchia et al. suggest the necessity of a clear cut boundary between mental illnesses and common emotional disorders, or between clinical situations based on diagnosis addressed to the individual and the ones based on social coexistence problems requiring relational expertises. In this way they implicitly sustain the idea that in the field of mental problems some clinical situations can be categorized as illnesses, whereas others pertain to relational problems.

In the last quotation, Carli and Paniccchia question the concept of excessive need as opposed to an alleged normal need and affirm, making reference to Matte Blanco, that the symbolization processes underlying depression or bipolar moods are the same in every person. For this reason the reference to “predisposed subjects” is inadequate.

In this last passage, inasmuch as the field concerns the affective symbolizations, what appears to be questioned is the concept of illness itself.

The points of view just summarized may seem contradictory, but they actually mirror the inevitable difficulty of approach to the subject matter.

I wonder what clinical situations Paniccchia et al. refer to when, in the context of the Mental Health Centre, they deal with assets and settings founded on diagnosis and addressed to the individual, that do not imply relational expertises. They seem more understandable those situations where one can observe a demarcation between a self arising demand as opposed to a demand of intervention addressed to others, where there is no coincidence between the person demanding for intervention and the person the intervention is asked for; or we can think of the differentiation between interventions that mainly resort to therapeutic relationships

hinged on verbal interpretation and interventions based on acted out relational proposals that interrupt repetitive relational dynamics.

On the contrary, a clear cut boundary between mental illnesses and common emotional disorders is epistemologically problematic as the object of the analysis and of the intervention is the same: emotions and interpersonal relationships.

So, where could a boundary between the resort to the diagnostic model rather than to the relational one be set, if not in those cases one can notice the presence of an observable organic impairment? However, it would not represent the great part of the so called “mental illnesses” flocking to the Mental Health Centres.

I wondered about the reason for the use of the term “mental illness” for the title of the Special Issue. Is this a way to recognize congruence to this term? Or is it indication of the difficulty in finding appropriate alternative expressions? Or furthermore, does it represent the most adopted current idiom which makes communication simpler? Is it a way to avoid the risk of incurring the accusation of denying the mental illness, which evokes too ideologically characterized discussions? In any case I understand that the concept of mental illness, implying concepts like norm and deviation from norm, clashes with Carli and Paniccia’s statements expressed in the last quotation here reported, where they criticize the theory of predispositions.

In my paper for the Special Issue I lingered on the clinic case of Sergio (which has to be referred to as it can not be summed up due to space constraints) analyzing it from different points of view (Vari, 2014, pp. 156-161).

Can that clinical situation be defined through one of the possible diagnosis of “mental illness”, or can it be represented as an expression of acute relational criticalities? Can both the categorizations be applied as Laria highlights adopting the bio-psycho-social model? In this case, through which coherent theorization is it possible to integrate them? With reference to Paniccia et al.’s statements is it one of those clinical situations requiring a diagnosis or relationship expertise?

In the analysis of the case, the Author tried to show how the attention to the relational dynamics and to the emotional symbolisations originating in the triad “individual/social coexistence milieu/service” allows a more effective intervention on the relational criticalities of that clinical situation. In the meantime, he tried to highlight how the model based on the diagnosis reproduces and amplifies the relational dynamics that have caused the troubles and that have produced the demand for the intervention. Moreover, Sergio’s case allows to observe the problems that originate when the Service fail to analyse the affective dynamics deriving from the presence of a *committente* different from the client, as also Carli and Paniccia underline in their paper in the Special Issue.

Laria, who in his paper expresses many other interesting thesis to agree with, in a passage of his work (2014, p. 61) states that depression should be explained as the result of a combination of different factors: neuro-chemical imbalance, past experiences, current life situations, the ways of expressing emotions. The Author stresses that the treatment should consider: administration of drugs, utilization of C.B.T. (Cognitive Behavioural Therapy), dynamic psychotherapy useful to treat emotions and, finally, social interventions. The phenomenon of depression is examined according to three factors – biological, psychic and social – according to a linear, causalistic, however multifactorial model. The attempt to unify the three dimensions in a holistic frame is evident, but the way the three dimensions intersect in a coherent theoretical reference frame is not clear.

The observer’s “point of view” becomes relevant in an epistemological perspective founded on the construct that the scientific object is always the product of a “frame” of relationships sorted out among the several possible ones. In this sense, the multidimensional nature of the biopsychosocial model corresponds to the multiplicity of the points of view. The question expressed by Ceruti (1985) still remains open: how to coordinate the different points of view without resorting to absolutist meta levels? In addition, one can legitimately doubt that the different dimensions of the biopsychosocial model are attributable to the same domain of discourse (the set of designata the discourse refers to) and to the “scientific object” itself, in the sense stressed by Agazzi (2014). It is necessary to point out that, according to this Author, the construct of scientific object does not correspond to the “thing”, whether concrete or immaterial (i.e. the single human being); it has got a binomial value as follows:

A) a set of concepts that codifies properties and relationships referring to B;

B) a referent, that is, the state of affair that exemplifies those properties and that can be pointed out only by pragmatic operations.

Although this goes falls outside the topic of this essay, this is a relevant question as it deals with the comparability of the different points of view.

In Laria's description seems as if the different factors contribute, each on its own, to compose the aetiology of mental disorders as if they were separated tiles of a mosaic mechanically juxtaposed. In that case, it would be a self-evidence of dimensions inevitably occurring in the phenomena, and that little add to their understanding. For example, does the distinction between the psychic dimension and the social one make sense? What does it mean considering poverty, as Laria himself does, as a relevant social factor in mental disorders? How is it translated in mental distress? The adoption of the causal paradigm does not help to unravel the knot. Poverty, appearing as an objective material condition, assumes a non-univocal psychic sense linked to the historical period inasmuch those who go through this condition emotionally symbolise it in the peculiar forms related to the specific social context they belong to. Such terms of interpretation presume an interactive circular paradigm.

The relation between biologic and psychosocial raises as many problems. Biological systems – as Maturana and Varela sustain (1980/1985) – are autopoietic, that is, they do not work through information and representations as it happens with the cognitive system. They are atemporal organizations where there is only perturbation and restoration within the system. In other words, the transition from the body to the mind implies transformations equivalent to the transition from the object to the meaning. Interpreting a picture or a painting in terms of molecular processes would hardly make sense. The search for the correspondences between body and mind, so widespread in this period with the study of the mirror neurons (Rizzolatti & Sinigaglia, 2006), appears particularly problematic in the epistemological respect, just to make reference to the metaphor of the painting.

Also the various clinical treatments suggested by Laria risk to become a summation of operations inspired to different and even contradictory models.

In Sergio's clinical case mentioned before (Vari, 2014) various Services had arranged different types of interventions: administration of drugs, psychological sessions, nursing home care, admission to the Psychiatric Ward. The established interventions were analysed by the Author adopting a perspective that highlighted the complex relational and emotional tangle among the protagonists of the context (Sergio, his mother, his fiancée, the former Mental Health Centre, the Psychiatric Ward, the new Mental Health Centre). In the analysis of the case, the Author aimed at developing a coherent theoretical interpretative frame where he hypothesized interconnections concerning both the multiplicity of the implied subjects and the variety of the interventions effected. It seems, instead, that the bio-psycho-social model skips that issue or accepts as inevitable an interpretation of the phenomena through varied and scarcely comparable models.

The various Authors of the papers in the Special Issue essentially agree on considering reductionist the intervention centred on the individual. The shift of focus on the relationship individual/context has brought out the Authors' different approaches to the subject matter; reference has just been made to the bio-psycho-social model proposed by Laria; formerly the attention had been drawn to Carli and Paniccia's approach defining the context as a construction deriving from the collusive dynamics presiding over reciprocity in relationships. In the latter case, we face a clear theory of the relationship between individual and context, that is, the relation between psychic and social.

Let us deal with the positions expressed on the topic by other Authors.

B. Guerin and P. Guerin (2014) propose an interesting descriptive model of the organizational forms that the interpersonal relationships assume in different social systems. These Authors sustain an anthropologic approach based on the immersion and participation to the Community life. They affirm that the method they propose is the only one that provides understanding of the relationship between individual and context.

In non-Western Communities, the exchange relationships are organized according to a model called "Kin-based":

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 (p. 73).

Their thesis maintains that psychiatric and psychotherapeutic interventions based on "short term" and "cross-sectional" observations are consistent with the organizational form called "stranger" – dominant in Western Countries – where the relationships of reciprocity are mediated by money. The same clinical interventions result inadequate in non-Western Communities. They propose, alternatively, an approach centred on "long term participatory method".

They aim at pointing out the conflicts and the marginality generated in the specific community membership to ease a process of reintegration of the person in the social fabric. In the reported clinical examples we can follow interventions aiming at reconstructing a missing social cohesion.

The perspective adopted by the Guerins to interpret the phenomena and their model on the Community social exchange, although particularly interesting, give rise to some crucial loose threads. How can we

interpret the difficulties inevitably faced in the integration work? Does “integrate” mean helping the individual mend the breach in the relationship with the Community restoring the former order, or does it imply the development of new relational dynamics which involve a transformation in the community?

Let us get back to Sergio’s case (Vari, 2014) mentioned as recurrent clinical example in these reflections. Planning the wedding with his partner deranges the current relational pattern, causing integration breakage phenomena in the family context. In the first phase, the Health Service interventions sharpen the problems inasmuch, through emotional acting out, the Service get themselves unconsciously involved in the current collusive fantasy, taking part themselves to the conflicts that are generated. Only the analysis of the affective dynamics present within that context (consequently including the Mental Health Services) allow us to hypothesize meaningful connections that link and integrate the former violated collusive pact and the current one, corresponding to the ongoing crisis.

In other words the process of integration is not automatically generated by matter-of-fact practices of inclusion in the Community, but it requires a model of interpretation of the affective symbolizations that take place in the process.

Finally, some queries arise about the distinction proposed by the Guerins between traditional approaches founded on the individual – according to them effective in the Western societies – and participatory method, suitable for the societies organized around “kin-based” relationships. That distinction seems to assume that the interventions focused on the individual are appropriate in the Western societies as they are consistent with the social organization. It could be argued that the integration within the social context can be considered a transversal objective for different social systems; the proposition of a model centred on the individual for the Western Countries and a model centred on the relationship individual/context for non Western societies is not convincing as, notwithstanding the forms of community organization, there is always a relationship between individual and context.

Triliva and Georga’s paper (2014) precisely points out the inadequacy of a clinic psychology totally flattened on technicalities and on the intervention addressed to the individual’s internal world. They show how such an approach is ineffective to face the serious relational problems raised by the Greek socio-economical crisis. The psychosocial problems emerging from the demand addressed to the Services can hardly be framed/focused by the great part of the Greek psychologists and seem to be seen/understood as deviance from the classical psychological and individual problems commonly faced with in the psychotherapy. There is an evident difficulty to set them as object of one’s own profession. The Authors affirm that psychologists claim the implementation of interventions founded on support that are in their turn felt as something extraneous to their professional models. The support seems to be conceived as a humanitarian intervention that replaces the clinical psychological intervention.

Triliva and Georga suggest that following the psychosocial demand presented by the Greek clients the psychologists should assume the role of catalysts of forms of organised resistance against austerity measures. It reads as follow in this passage:

The therapists’ interpretations fall short of showing how the social delegitimization and de-authentification (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 (p. 147).

The therapeutic value of resistance is asserted for the Community as well as for the individual. If the problem is posed in these terms, it is inevitable to wonder where the difference between clinical psychology and political militancy lies. Wouldn’t we run the risk of acting out emotional dynamics through tout court political action without a clear clinical psychological model of interpretation of the relationship individual/context? In the position expressed by Triliva and Georga – who also make reference to other Greek Authors – the Greek People is represented as colonized and checkmated by Europe and Germany. The current crises is compared to the one occurred during the occupation Greece suffered during the WWII.

The reading they propose seems founded on the relational scheme victim/oppressor. This way of representing the phenomenon involves the risk of positions characterized by biased and strong emotional identifications that can be translated in acting out. One can understand a sort of a common plea against the enemy.

Without denying the relevant responsibilities of European politics – basically shaped around an austerity scarcely attentive to Peoples’ conditions – adopting a circular and interactive model, we could plausibly hypothesize that the Greek People, as well as the Italian, have actively contributed to determine the current socio-economical crisis through the construction of cultures characterized by specific fantasies

and collusive acting out based on predatoriness and individualism (cronyism, nepotism, influence peddling, corruption, tax evasion and so forth).

If the greatest part of the Service psychologists are in difficulty as they are pent up in theories and practices centred on the intra-psychic, the alternative suggested by the Authors looks like an identification between clinic psychology and political militancy. The relational dynamics and the affective symbolizations originating within the critical social context brought to the Mental Health Services by the Greek people's demand are not analyzed and understood enough, nor are they utilized as a resource for a change.

Ornelas, Esposito and Sacchetto's paper (2014) underlines the importance of integration in natural Communities in the intervention on mental illnesses. The approach, inspired to ecological contextualism, is described in these terms:

This approach provides a concept frame that shifts the focus of the intervention from the diagnosis and the identification of the deficit to the observation of the persons/individuals in their everyday life context. The objective/purpose of this observation is acquiring a "local knowledge" (Kelly, 2006). By "local knowledge" is meant "the knowledge deriving from the analysis of persons/individuals referred to specific places, contexts and situations they take part to (Kelly, 2006, p. 189). This knowledge is precious in order to understand how the resources present in the local communities can be mobilized/activated and used to widen the social networks of people experiencing mental illness, to facilitate them in the process of winning back significant social roles and to strengthen their participation to the community. Instead of creating segregating contexts where people should live, work and interact, the contextual and ecological approach promotes the integration in "natural communities", that is, in the contexts shared with the rest of the citizens (p. 224, *trans. en. by the Author*)

The orientation looks similar to B. Guerin and P. Guerin's. Ornelas et al.'s work thoroughly outlines the relationship individual/context, remarks the necessity to ease the active participation of the subjects to the therapeutic project and criticises a vision based on the strong power of the specialist. The operative praxes coherent with that objective are described in details and the Authors show how to organize a net of social opportunities to favour the integration process, above all in the educational and working field. The reported work represents an effective example of intervention that creates and implements resources and competences not only in the individual, but also in the Community.

Going through the article we can perceive a great attention to outline the operative road map. Anyway, also in this work, similarly to what has been formerly pointed out about the Guerin's contribution, it seems that the prevailing feature of the intervention consists in the "matter-of-fact" construction of this net of opportunities for the inclusion of the mentally ill. That reminds of how, at the time of the Italian psychiatric reform (legge 180/1978) inspired by Basaglia, it was ingenerated the belief that the transformation of the territorial/local Services and Structures in itself would lead to the solution of the mentally ill's integration problems.

The concepts of recovery, of empowerment and of approach to abilities that Ornelas et al. adopt describe objectives that can easily assume a default value significance. To clarify, let us make reference to the meaning/consequence of the approach to abilities. The Authors refer to a couple of scholars, an economist (A. Sen) and a philosopher (M. Nussbaum), to make a list of ten measurable abilities indicative of the life quality in the various social systems:

Within these studies, abilities are defined as substantive freedoms, in other words as the possibilities for the individuals to be fulfilled and to have a worthy life quality notwithstanding their internal conditions (in terms of individual abilities and competences) and external (meant as characteristics of the socio-cultural context of reference) (Nussbaum & Sen, 1993). The capacity approach does not stop at an identification of the resources available for each individual, but it implies a reflection on what each person is able to do and to be in his/her particular life context, on what this choice (of doing and being) is free and on what his/her dignity as a human being is recognized and valued (Ornelas et al., 2014, p. 226, *trans. en. by the Author*).

The various abilities, inspired to the concept of liberty, look like postulated as universal assumptions measuring life quality, re-proposing as such an essentialist approach.

It can be stated that while Triliva and Georga in their vision of the relationship between individual and context stress the political organization, Ornelas et al. mostly linger on the construction of the social net and on the necessary resources retrieval.

In any case the question cannot be dealt with simply through the rich variety of the operative opportunities available. Let us consider, for instance, the possible unconscious pressure put on the subject to get him to

resort to the net of resources implemented and the operators' plausible feeling of impotence in case the subject fails to comply; or let us consider the possible subtle implications in terms of dynamics of guilt.

In other words, it is worth underlining once more that the social net represents a therapeutic resource only in the presence of a model of interpretation of the relational dynamics and of the affective symbolizations displayed in the social net. Without such an approach it is implicitly assumed that the implemented opportunities (work, education, etc.) are associated to univocal and predictable emotional dynamics characterised by a positive value connotation; thus, the same opportunities will finally result in precepts to conform to.

Ornelas et al. explicitly express the role assigned to the psychologist in terms of "advocacy" and "facilitator" (p. 234). Once more this does not outline a specific professional competence for the psychologist; as a matter of fact this competence risks dissolving in a generic social role. The same Authors, in the final part of their paper, deal with the emotional difficulties pointed out in the subjects implicated in their work without clearly recognizing that the specific object of the psychological competence consists exactly in the analysis of the affective and relational dynamics that emerge in the course of the integrative process and that involve all the subjects, both individual and institutional.

Conclusions

In the examined contributions the Authors generally agree on considering the approaches based on the individual reductive and little effective.

More problematic aspects and some differences emerge when it comes to better outlining the theoretical and operational models extending the analysis to the relationship with the social context. It seems that focusing the attention on the relationship individual/context without a solid theory, can make the clinic psychologist's professional identity and the specificity of his/her competence less evident. In particular, the specificity of his/her competence risks blurring into a sort of humanitarian and active social commitment, or in political militancy. Should this be the case, the alternative would be between the psychological-clinical competence strictly associated to the intervention on the individual and, on the opposite pole, a social commitment that does not imply clear psychological competences. In the course of its history the clinic psychology has been deeply concerned with the family and the individual's interior world; less attention has been paid to the analysis and to the intervention on wider contexts. Actually there are some theoretical-operative methods of intervention on the individual/context relationship founded on specific psychological-clinical competences as it results from some of the papers in the Special Issue. They reveal the difference between the competence of the clinical psychology and other no less relevant competences or dimensions of coexistence like social commitment and political militancy.

Under this perspective the clinical psychology is able to give a relevant contribution pursuing integrative rather than healing purposes/aims and intervening on the difficult interpersonal relationships present in the context where the mental illness occurs.

References

- Agazzi, E. (2014). *Scientific Objectivity and Its Contexts*. Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing.
- Bucci, F., Campagnola, F., & Taguchi, K. (2014). 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>
- 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>
- Ceruti, M. (1985). L'hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità. In M. Cerruti (Ed.), *La sfida della complessità* [The challenge of complexity] (pp. 1-25). Milano: Feltrinelli.
- Eco, U. (1975). *Trattato di semiotica generale* [Treatise of general Semiotic]. Milano: Bompiani.

- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4296), 129-136.
- 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>
- Laria, A. (2014). In Search of Mental Health's Holy Grail: The Era of Biology, CBT, and Other Empirically-based Recipes. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 47-66. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti* [The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-Logic] (P. Bria, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- 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).
- Ornelas, J., Esposito, F., & Sacchetto, B. (2014). Contributi di una organizzazione su base comunitaria per la trasformazione del Sistema di Salute Mentale in Portogallo [Contributions of a Community-Based Organization for the Transformation of the Mental Health System in Portugal]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 220-239. 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 reasearch-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 187-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Rizzolati, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai, il cervello che agisce e i neuroni specchio* [I Know What You Do, the Brain Acting and the Mirror Neurons]. Milano: Raffaello Cortina.
- 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>
- Vari, R. (2014). Centro di Salute Mentale: La relazione "individuo/ambiente di convivenza/Servizio" nell'intervento clinico per le malattie mentali [Mental Health Center: The relationship "Individual/Social Coexistence Milieu" in the Intervention for Mental Illness]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 170-185. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Winnicott, D.W. (1974). *Gioco e realtà* [Playing and Reality] (G. Adamo, R. Gaddini, Trans.). Roma: Armando Editore (Original work published 1971).

Malattia mentale: Riflessioni sui contributi presentati nella Special Issue della Rivista di Psicologia Clinica 1/2014

*Roberto Vari**

Abstract

Sono presentate riflessioni su alcuni temi emersi dagli scritti che diversi studiosi hanno prodotto per la Special Issue della Rivista di Psicologia Clinica N. 1/2014 dedicato alla malattia mentale. Si rileva la concordanza dei vari Autori nella critica agli approcci fondati prevalentemente sull'individuo, ritenuti riduzionistici e poco efficaci. Sono presi in esame i diversi modelli teorici e operativi esposti nei contributi che prevedono, nell'intervento per le malattie mentali, il superamento della centratura sull'individuo. L'analisi si sofferma sugli aspetti più controversi presenti nelle varie proposte. Viene sostenuta la tesi che lo spostamento di focus dell'intervento verso la relazione tra individuo e contesto sociale avviene, talvolta, in assenza di un modello teorico chiaro. Nell'intervento finalizzato all'integrazione dei malati mentali nell'ambiente di convivenza questo limite comporta il rischio di una definizione opaca della competenza psicologica, confondendola con un'attività fondata sull'impegno sociale e umanitario. Si rimarca la necessità di sviluppare una stretta correlazione tra prassi che implicano interventi sui sistemi di convivenza e modelli teorici che ne chiariscano il senso.

Parole chiave: malattia mentale; follia; relazione individuo/contesto; integrazione; servizi di salute mentale.

* Psicologo Clinico, Centro di Salute Mentale - Terzo Distretto - U.S.L. Roma D, già responsabile Unità Operativa: "Accoglienza e Interventi Brevi". E-mail: roberto.vari9@gmail.com

Vari, R. (2015). Malattia mentale: Riflessioni sui contributi presentati nella Special Issue della Rivista di Psicologia Clinica 1/2014 [Mental Illness: Reflections about the papers presented in the Special Issue of Rivista di Psicologia Clinica 1/2014]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 118-140. doi: 10.14645/RPC.2015.2.553

Premessa

Il numero 1 dell'anno 2014 della Rivista di Psicologia Clinica ha ospitato contributi di diversi autori, tra cui quello di chi scrive, aventi per oggetto la malattia mentale, con particolare riguardo alla tematica della relazione tra individuo e contesto. Questo contributo, attraverso riflessioni e considerazioni tratte dai lavori prodotti, si pone la finalità di favorire e sviluppare un dibattito sulla materia. Avviene di frequente che esperienze cliniche o modelli teorici proposti dai vari studiosi rimangano contributi isolati, tessere di un mosaico non integrate. Le idee espresse non trovano spazi in cui si generano confronti. A volte i lavori pubblicati si disperdono in molti rivoli tematici e non sempre è agevole ricondurli a nuclei tematici coerenti. La psicologia clinica, come spesso ripetuto da diversi Autori, non è unicamente una teoria della mente, ma è anche intervento che risponde a una domanda; ne deriva che la valenza operativa della disciplina, avendo le emozioni e le relazioni interpersonali quale proprio oggetto, presenta un forte ancoraggio ai problemi della convivenza sociale. Il confronto tra diverse prospettive teorico operative, che a volte diviene sterile esercizio se attuato su temi astratti e decontestualizzati, risulta più fertile quando l'oggetto di discussione è caratterizzato da un tema a forte valenza sociale come la malattia mentale.

I contributi alla Special Issue si sono rivelati molto interessanti nel porre in evidenza in modo circostanziato, e da diverse angolazioni, i limiti degli approcci incardinati esclusivamente sull'individuo. Allo stesso tempo rilevano la netta prevalenza, nelle realtà operative dei vari paesi, dell'intervento centrato sull'individuo.

Un altro significativo elemento d'interesse è costituito dalla proposizione, da parte dei vari Autori, di idee, esperienze e modelli teorico operativi focalizzati sulla relazione tra individuo e contesto. Comprendere alcuni punti comuni e divergenze, spesso implicite, presenti nei diversi lavori sarà il leitmotiv delle riflessioni che seguiranno. La finalità consisterà nell'enucleare dalle diverse proposte elementi che, a mio avviso, presentano aspetti tali da suscitare riflessioni e ulteriori interrogativi. È bene precisare che tale scelta comporta, per ovvi motivi di spazio, che molte argomentazioni interessanti e di rilievo esposte dai vari studiosi inevitabilmente non potranno essere menzionate.

Follia: una definizione sfuggente

Carli e Paniccia (2014) si pronunciano in questi termini:

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. [...] 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 (p. 29).

Gli stessi Autori sottolineano che la definizione di "matto" si attiva quale esito di un fallimento del patto collusivo che regge la simbolizzazione emozionale del contesto di convivenza e che presiede le relazioni di reciprocità; tale rottura si traduce in vissuti di estraneità e imprevedibilità.

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 (p. 29).

Viene anche rilevato che la follia è considerata tale se la rottura del patto collusivo è messa in atto dal singolo individuo; fenomeni collettivi come le guerre, dicono gli Autori, non sono considerati follia.

La concettualizzazione di Carli e Paniccia della follia è interessante in quanto utilizza il vertice relazionale del contesto di convivenza in alternativa al vertice intrapsichico. In quest'ultimo la follia è comunemente associata all'irruzione dell'affettività non mediata dal pensiero secondario, alla confusione tra mondo del sogno e mondo della veglia, alla dominanza – con le parole di Matte Blanco (1975/1981) – del pensiero inconscio simmetrico.

Nell'accezione di questi Autori stranezza, imprevedibilità e follia non rappresentano più categorie naturali e assolute appartenenti esclusivamente all'individuo, viceversa costituiscono l'esito del fallimento dell'accordo collusivo presente nel contesto sociale storicamente determinato. In altri termini quello che

viene considerato folle e incomprensibile è ciò che non si adatta alla reciprocità collusiva esistente entro una specifica cultura. San Francesco, con buone probabilità, sarebbe oggi considerato pazzo, mentre nella sua epoca una cultura a forte impronta mistico religiosa rendeva il suo comportamento comprensibile.

Questa angolazione attraverso la quale è trattata la materia non è di immediata lettura poiché il patto collusivo, sebbene fondato sulle simbolizzazioni affettive, viene reificato e perciò vissuto come fondato sulla ragione in contrapposizione all'irrazionalità.

La definizione di "matto", per Carli e Paniccia, corrisponde a uno specifico fallimento della condivisione collusiva: l'incomprensibilità. Appare implicito, nel loro discorso, che criminalità, alcolismo, come pure altri fenomeni meno appariscenti della convivenza quotidiana, attengono ad altre tipologie di fallimento collusivo.

Il modello di lettura proposto dagli Autori ha il pregio di essere molto chiaro e di cogliere, a mio avviso, elementi fondanti della questione. Pur tuttavia è legittimo interrogarsi su quanto il fallimento della collusione associato a imprevedibilità, bizzarria e incomprensibilità sia sufficiente alla definizione del fenomeno della follia.

In molte circostanze s'incontrano situazioni relazionali che appaiono strane e incomprensibili pur non essendo vissute come follia. Si pensi alla frequenza, nella quotidianità dei rapporti interpersonali, dell'espressione "tu sei matto" ogni qual volta l'atteggiamento dell'altro ci appare non conforme a quello corrente, e perciò incomprensibile. Se da un lato tale forma espressiva conferma gli assunti degli Autori, dall'altro è pur vero che coloro che in realtà vengono identificati come matti non sono quasi mai gli stessi a cui è rivolta l'espressione.

Dovremmo, forse, ipotizzare che la definizione di follia scatti allorché falliscono aree "basilari" della condivisione collusiva? Ma come identificarle? Inoltre, non si arriverebbe a svincolarle dal contesto storico culturale, finendo per riproporre un approccio essenzialista?

Si può ipotizzare che la rottura della condivisione collusiva connotata dall'incomprensibilità si configuri come condizione necessaria ma non sufficiente per la definizione della pazzia. Forse occorre immaginare che anche altri elementi concorrano a un vissuto che viene poi rappresentato come follia. Tali elementi, per certi versi, sembrano noti e, al tempo stesso, oscuri e sfuggenti.

Nella misura in cui si cerca di definire il fenomeno della pazzia sembra sempre che qualcosa sfugga.

Basti pensare all'alterazione del rapporto tra soggetto e realtà caratteristica solitamente ritenuta distintiva della follia. Ma è proprio laddove si presume una chiara demarcazione tra soggetto e realtà che il terreno diventa scivoloso. Pensiamo alle millenarie dispute filosofiche nelle quali la questione del rapporto con la realtà rimanda alla relazione soggetto/oggetto; alle antinomie finito/infinito e uno/molteplice, ai diversi modelli epistemologici che si confrontano sulla relazione conoscitiva tra soggetto e oggetto, fino ad arrivare all'antinomia individuo/relazione, oggetto della Special Issue.

Inoltre non mancano rimandi letterari tra i quali "La vita è sogno" di Calderón de la Barca o la genialità universalistica delle opere di Shakespeare dove realtà, sogno, pazzia, recita, finzione teatrale, rovesciamenti di parti, si intersecano e rincorrono quasi confondendosi, come in un prisma dalle molte sfaccettature di cui è costituita l'umanità.

Nell'intervista a cura di Bucci, Campagnola e Taguchi (2014), K. Shingu cita il racconto di Zhuang-zi, ripreso anche da Lacan, che evidenzia l'impossibilità di un ancoraggio solido a una realtà predefinita:

Dovreste conoscere il famoso racconto di Zhuang-zi (Sōshi in giapponese), l'antico filosofo cinese che, svegliandosi da un sogno, non sapeva se era Zhuang-zi che aveva sognato di essere una farfalla, o una farfalla aveva sognato di essere Zhuang-zi. Questo è un classico e ampiamente citato esempio del relativismo che informa il modo orientale di vedere la soggettività (pp. 117-118, *traduzione a cura dell'Autore*).

Winnicott (1971/1974) coglie, forse, tale ineffabilità e paradossalità postulando quell'area dell'esperienza definita transizionale, situata in uno spazio intermedio tra soggetto e realtà. Si tratta di uno spazio che non può mai essere reificato e dove la realtà è soggettiva e oggettiva allo stesso tempo. Questa proprietà, d'altro canto, è tipica dell'esperienza culturale, dei processi di simbolizzazione affettiva e dei processi di significazione in generale – si pensi al triangolo di Pierce "segno/oggetto/interpretante" (Eco, 1975).

Un'altra questione si pone rispetto a quanto il "matto" suscita inevitabilmente, a motivo della sua incomprensibilità e del suo essere fuori della condivisione collusiva, un atteggiamento rifiutante da parte dell'ambiente sociale. Prendiamo in considerazione due episodi clinici.

Una coppia di genitori vengono al Centro di Salute Mentale e riferiscono della propria figlia quarantenne che di notte va nel balcone del proprio appartamento parlando e inveendo con toni di voce molto alti contro i personaggi da cui si è sentita perseguitata. Il vicinato, disturbato, a volte chiama le forze dell'ordine. La donna ha perso il lavoro di insegnante e da anni vive con la propria famiglia nella quale è abbastanza

integrata. Spesso parla da sola, non ha relazioni sociali ma collabora con i genitori nello svolgimento delle faccende domestiche. I genitori non riescono a comprendere il motivo del comportamento della figlia ma hanno accettato, anche attraverso i colloqui effettuati con lo psicologo, la sua diversità.

Sulla base di un simile episodio clinico è plausibile l'affermazione che il comportamento della donna che parla e urla dal balcone di notte diviene insopportabile per il vicinato a motivo dell'angoscia che si produce nel confronto con una persona imprevedibile e incomprensibile? Si potrebbe pensare che il comportamento della donna sia oramai divenuto abbastanza noto e prevedibile. La reazione dei condomini non nasce, invece, dal fastidio arrecato dalla donna al loro riposo notturno e forse, inconsciamente, dal vissuto di essere oggetto di una provocazione?

Un'altra donna di mezza età, che aveva un'invalidante organizzazione ossessiva della personalità, sentiva il bisogno compulsivo di alzarsi in piena notte e aprire e richiudere più volte la porta del proprio appartamento sbattendola sonoramente, col risultato di svegliare i condomini dell'edificio. La donna era affranta poiché consapevole del disagio che creava, ma si sentiva impossibilitata a sottrarsi alla compulsione; al contrario della precedente donna aveva una domanda e si sentiva malata.

Anche qui siamo di fronte a una rottura dell'accordo collusivo che prevede che non si facciano rumori molesti durante la notte, ma ciò che provoca il rifiuto potrebbe essere il vissuto di disturbo al riposo notturno piuttosto che l'intolleranza verso un comportamento non conforme al patto collusivo.

In altri termini la reazione di intolleranza non sembra necessariamente determinata dal fallimento collusivo associato all'incomprensibilità ma anche alla natura dell'effetto relazionale che tale fallimento provoca.

In altri termini è anche la tipologia dell'effetto provocato dal fallimento collusivo che determina una reazione d'intolleranza. In varie circostanze il contesto relazionale è disponibile ad accogliere l'estraneità dell'altro attraverso l'istituzione di nuovi patti collusivi nei quali la diversità può essere ricompresa con nuove simbolizzazioni della relazione, mentre sarà difficile in ogni caso accettare di essere svegliati ogni notte. Se la prima donna fosse stata osservata mentre parlava da sola a voce bassa e la seconda avesse aperto e chiuso la porta senza eccessivo rumore, è probabile che non sarebbero sorti problemi col vicinato.

A parte le considerazioni appena espresse, il costrutto del fallimento collusivo postulato da Carli e Paniccia ha il pregio di offrire un preciso e ben definito modello teorico del rapporto individuo/contexto; esso si rivela strumento di grande efficacia nella comprensione dei problemi relazionali che si generano nel contesto sociale in presenza della malattia mentale, a prescindere dai modelli interpretativi sulla sua origine. La questione è di sicuro rilievo in quanto si vedrà, analizzando altri contributi, come una teoria forte della relazione individuo/contexto sia fondamentale se si sposta il focus dall'individuo alla relazione col contesto.

Riflessioni intorno ad alcune proposte teoriche e operative sulla relazione individuo/contexto e sulla malattia mentale

Ora prendiamo in considerazione alcune asserzioni rilevate dai contributi proposti nella Special Issue da diversi Autori che mostrano quanto l'argomento presenti le nodosità di una matassa non facile da districare:

Per esempio, i clinici, in particolare gli erogatori di cure mediche e gli psichiatri, spesso fanno una diagnosi differenziale tra una "depressione biologica" e una "depressione reattiva". Le decisioni cliniche basate su questa distinzione sono di routine fatte per stabilire se trattare il paziente depresso solo con terapia psicofarmacologica (sottotipo biologico) o con una combinazione di terapia psicofarmacologica e psicoterapia (sottotipo reattivo). Infatti, il fallimento nella risposta alla terapia psicofarmacologica è spesso usato come determinante primaria per confermare la presenza del sottotipo depressione reattiva. Però, nonostante la pratica routinaria di tale diagnosi differenziale, non vi è evidenza per supportare questa presunta categorizzazione dicotomica. La depressione, il più diffuso disordine mentale nel mondo, è un chiaro esempio della natura biopsicosociale della maggior parte dei disordini mentali, se non di tutti (Hasler, 2010) (Laria, 2014, p. 49, *traduzione a cura dell'Autore*).

L'Accoglienza è stata individuata come sintomatica del Servizio nel suo complesso. Sembrerebbe 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 relazione. 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 (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli, & Sesto, 2014, p. 205).

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 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, Paniccia, & 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 (Carli & Paniccia 2014, pp. 39-40).

Laria (2014), adottando il modello biopsicosociale postulato da Engel (1977), afferma che non ha senso la dicotomia tra la diagnosi di depressione endogena e quella di depressione reattiva. Tale dicotomia sarebbe basata sull'origine biologica della prima rispetto all'origine psicosociale della seconda. In un passaggio successivo Egli rivendica una parità di statuto tra le due diagnosi perché vede in ognuna di esse la presenza delle tre componenti biopsicosociali (Laria, 2014, p. 52).

Viceversa, Paniccia et al. (2014) nel passaggio citato sostengono la necessità di una più chiara differenziazione tra le situazioni cliniche rivolte all'individuo e fondate sulla diagnosi e le altre basate sulla comprensione dei problemi di convivenza che richiedono competenze sulla relazione.

Le affermazioni espresse nei tre lavori appena citati assumono connotazioni particolari.

Laria critica la dicotomia tra depressione endogena e depressione reattiva e dissente con il D.S.M. V (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) laddove si assegna maggior rilievo ad alcune diagnosi (es. disturbo bipolare), mentre altre diagnosi (es. disturbi dell'adattamento), in quanto di origine non biologica, sono considerate minori o non sono ritenute disturbi. La posizione espressa da Laria presuppone un impianto teorico che considera "malattie" sia i disturbi bipolari sia i disturbi dell'adattamento, seppure adottando criteri di eziologia multifattoriale in accordo al modello biopsicosociale.

Dal lato opposto Paniccia et al. sostengono implicitamente l'idea che nell'ambito dei problemi mentali alcune situazioni cliniche sono categorizzabili come malattie, mentre altre attengono a problemi di relazione. In questo modo suggeriscono la necessità di una demarcazione più chiara tra malattie mentali e disturbi emotivi comuni, oppure tra situazioni cliniche fondate sulla diagnosi rivolte all'individuo e quelle basate sui problemi di convivenza che richiedono competenze relazionali.

Nell'ultima citazione Carli e Paniccia criticano il concetto di bisogno eccessivo contrapposto a un presunto bisogno normale e asseriscono, richiamandosi a Matte Blanco, che i processi di simbolizzazione alla base della depressione o degli stati bipolari sono gli stessi in ogni persona. È per tale ragione che appare inadeguato parlare di "soggetti predisposti".

In quest'ultimo passaggio ad essere messo in discussione, nella misura in cui il campo riguarda le simbolizzazioni affettive, pare essere il concetto stesso di malattia.

Le posizioni appena sintetizzate possono apparire contraddittorie, ma in realtà rispecchiano l'inevitabile difficoltà di approccio alla materia.

Mi chiedo a quali situazioni cliniche si riferiscono Paniccia et al. quando, nel contesto del Centro di Salute Mentale, parlano di assetti e settings fondati sulla diagnosi e rivolti all'individuo, i quali non prevedono competenze relazionali. Appaiono più comprensibili quelle situazioni nelle quali è rilevabile una

demarcazione tra domanda d'intervento posta per sé stessi e domanda d'intervento indirizzata a soggetti terzi, dove non vi è coincidenza tra committente e cliente; oppure possiamo pensare alla differenziazione tra relazioni terapeutiche che utilizzano interventi incardinati prevalentemente sull'interpretazione verbale e relazioni terapeutiche nelle quali l'intervento è basato su proposte relazionali agite che interrompono dinamiche relazionali ripetitive.

Viceversa, una netta demarcazione tra malattie mentali e disturbi emotivi comuni appare problematica sotto il profilo epistemologico, in quanto l'oggetto di analisi e d'intervento è il medesimo: emozioni e relazioni interpersonali.

Allora dove potrebbe essere situata una linea di demarcazione nel ricorso al modello diagnostico rispetto a quello relazionale se non in quei casi dove si registra la presenza di una osservabile disfunzione organica? Non sarebbe, tuttavia, il caso della gran parte delle cosiddette "malattie mentali" afferenti ai Centri di Salute Mentali.

Mi sono chiesto il motivo della scelta del termine "malattia mentale" per designare il titolo della Special Issue. È forse segno che se ne riconosce la congruenza? Oppure è indice della difficoltà nel trovare appropriate terminologie alternative? O ancora, esso rappresenta la dizione corrente più adottata e attraverso la quale è più semplice comunicare? Si vuole evitare il rischio di incorrere nell'accusa di negazione della malattia mentale che rievoca discussioni troppo ideologicamente connotate? In ogni caso mi pare che il concetto di malattia mentale, presupponendo gli assunti di norma e deviazione dalla norma, collida con le affermazioni di Carli e Paniccia espresse nell'ultima delle citazioni riportate, nella quale gli Autori mettono in discussione la teoria delle predisposizioni.

Nel mio contributo per la Special Issue mi sono soffermato a lungo sul caso clinico di Sergio, analizzandolo da più vertici di osservazione (Vari, 2014, pp. 172-177).

Quella situazione clinica (a cui si rimanda poiché non è possibile riassumere in questa sede) può essere definita attraverso una delle possibili diagnosi di "malattia mentale" oppure può essere rappresentata come espressione di acute criticità relazionali? Si possono utilizzare entrambe le categorizzazioni, come sottolinea Laria adottando il modello biopsicosociale? In tal caso attraverso quale coerente teorizzazione è possibile integrarle? Con riferimento alle affermazioni di Paniccia et al., è una di quelle situazioni cliniche che necessitano del ricorso alla diagnosi o di competenze sulla relazione? Nell'analisi del caso, chi scrive ha provato a mostrare come l'attenzione alle dinamiche relazionali e alle simbolizzazioni affettive che si creano nella triade "individuo/ambiente di convivenza/Servizio" consenta d'intervenire più efficacemente sulle criticità relazionali di quella situazione clinica. Allo stesso tempo ha cercato di evidenziare come il modello fondato sulla diagnosi riproduca e amplifichi le dinamiche relazionali che hanno generato i problemi e che hanno portato alla richiesta d'intervento. Inoltre il caso di Sergio consente di osservare i problemi che si originano quando non sono analizzate le dinamiche affettive derivanti dalla presenza di un committente diverso dal cliente, come sottolineano anche Carli e Paniccia nel loro contributo alla Special Issue.

Laria, che nel suo contributo esprime molte altre tesi interessanti con le quali concordare, in un passaggio del suo lavoro (2014, p. 61) afferma che la depressione dovrebbe essere spiegata come risultato di una combinazione di fattori: squilibrio neurochimico, esperienze passate, situazione di vita attuale, modalità di espressione delle emozioni. L'Autore sostiene che il trattamento dovrebbe prevedere le seguenti attività: somministrazione di farmaci, CBT (Cognitive Behavioral Therapy), psicoterapia dinamica utile a trattare le emozioni e, infine, interventi di natura sociale. Il fenomeno della depressione è letto attraverso i tre fattori biologico, psichico e sociale, sulla base di un modello causalistico lineare, sebbene multifattoriale. È evidente il tentativo di unificazione delle tre dimensioni in una cornice olistica, tuttavia non appare molto chiaro il modo in cui le tre dimensioni s'intersecano entro un quadro di riferimento teorico coerente.

In un'ottica epistemologica imperniata sull'ipotesi che l'oggetto scientifico sia inevitabilmente il prodotto di un "frame" di relazioni selezionate tra le numerose possibili, assume rilevanza il "punto di vista" dell'osservatore. In tal senso la multidimensionalità del modello biopsicosociale è assimilabile alla molteplicità dei punti di vista. Rimane la questione, espressa da Ceruti (1985), di come riuscire a coordinare i diversi punti di vista senza ricorrere a meta livelli assolutistici.

È legittimo, inoltre, dubitare che le diverse dimensioni del modello biopsicosociale siano ascrivibili allo stesso "dominio del discorso" (il set dei designata a cui il discorso intende riferirsi) e allo stesso "oggetto scientifico" nel senso espresso da Agazzi (2014). È bene chiarire che, per questo Autore, il costrutto di oggetto scientifico non corrisponde alla "cosa", materiale o immateriale che sia (per es. il singolo essere umano); esso ha una valenza binomiale:

A) un insieme di concetti che codifica proprietà e relazioni che rimandano a B;

B) un referente, ovverosia uno “stato di fatto” che esemplifica quelle proprietà, rilevabile solo attraverso operazioni pragmatiche.

Sebbene esuli dal tema di questo scritto, si tratta di una questione oltremodo significativa poiché riguarda la comparabilità dei differenti punti di vista.

Nella descrizione di Laria si ha l'impressione che i diversi fattori concorrano, ognuno per proprio conto, a comporre l'eziologia dei disturbi mentali come fossero tessere separate di un mosaico meccanicamente giustapposte. Se così fosse, si tratterebbe di una registrazione lapalissiana di dimensioni presenti inevitabilmente nei fenomeni, che poco aggiunge alla loro comprensione. Ad esempio ha senso la distinzione tra la dimensione psichica e quella sociale? Cosa significa considerare la povertà, come fa lo stesso Laria, quale fattore sociale rilevante nei disturbi mentali? Come si traduce in disagio mentale? L'adozione del paradigma causale non aiuta a dirimere la questione. La povertà che appare come un'oggettiva condizione materiale, assume un senso psichico non univoco e legato al periodo storico nella misura in cui coloro che si trovano a viverla simbolizzano emozionalmente tale condizione nelle forme peculiari proprie dello specifico contesto sociale di appartenenza. Tale modalità di lettura presuppone l'adozione di un paradigma circolare interattivo.

La relazione tra biologico e psicosociale pone altrettanti problemi. I sistemi biologici – come sostengono Maturana e Varela (1980/1985) – sono autopoietici, ovverosia non funzionano, come avviene per il sistema cognitivo, attraverso informazioni e rappresentazioni. Sono organizzazioni senza tempo nelle quali vi è solo perturbazione e ripristino entro il sistema. In altri termini il passaggio dal corpo alla mente implica trasformazioni equivalenti al passaggio dall'oggetto al senso. Interpretare un dipinto in termini di processi molecolari non avrebbe molto senso. La ricerca delle corrispondenze tra corpo e mente, tanto diffusa in questo periodo con lo studio dei neuroni specchio (Rizzolatti & Sinigaglia, 2006), appare quanto mai problematica sotto il profilo epistemologico, proprio pensando alla metafore del dipinto.

Anche i diversi trattamenti clinici che Laria suggerisce rischiano di divenire una sommatoria di prassi ispirate a modelli teorici differenti e perfino contraddittori.

Nel caso clinico di Sergio prima citato (Vari, 2014) erano state approntate da più servizi diverse tipologie d'intervento: somministrazione di farmaci, colloqui psicologici, visite domiciliari infermieristiche, ricovero nel reparto psichiatrico. Gli interventi posti in essere erano esaminati adottando una prospettiva che tentava di evidenziare il complesso intreccio relazionale ed emotivo tra i protagonisti del contesto (Sergio, la madre, la fidanzata, il precedente Centro di Salute Mentale, il Reparto Ospedaliero Psichiatrico, il nuovo Centro di Salute Mentale). Nell'analisi del caso l'Autore perseguiva l'obiettivo di adottare una cornice teorica interpretativa il più possibile coerente nella quale venivano ipotizzate interconnessioni riguardanti sia la molteplicità dei soggetti implicati sia la varietà degli interventi effettuati. Si ha l'impressione, viceversa, che il modello biopsicosociale evada tale questione o accetti come inevitabile una lettura dei fenomeni attraverso modelli disparati e poco confrontabili.

Nei vari contributi alla Special Issue si è evidenziata una sostanziale convergenza nel ritenere riduzionistico l'intervento centrato sull'individuo. Lo spostamento di focus sulla relazione individuo/contesto ha fatto emergere i diversi approcci degli Autori alla materia; si è appena accennato al modello biopsicosociale proposto da Laria; in precedenza si era rivolta attenzione all'approccio di Carli e Panizza che parlano del contesto come costruzione derivante dai processi collusivi che presiedono alla reciprocità nelle relazioni. In quest'ultimo caso abbiamo una chiara teoria della relazione tra individuo e contesto, ovverosia del rapporto tra psichico e sociale.

Vediamo, ora, le posizioni espresse sull'argomento da altri Autori.

B. Guerin e P. Guerin (2014) propongono un interessante modello descrittivo delle forme organizzative assunte dalle relazioni interpersonali nei diversi sistemi sociali. Questi studiosi sostengono un approccio antropologico fondato sull'immersione e partecipazione alla vita di comunità. Gli Autori affermano che il metodo da loro proposto è l'unico che consente di comprendere i rapporti tra individuo e contesto.

Nelle comunità non occidentali le relazioni di scambio sono organizzate secondo un modello denominato “Kin-based”:

Gruppi Kin-based e close communities. Queste relazioni sono caratterizzate da contatti stretti e regolari con famiglie e comunità che forniscono in generale un forte supporto. Queste forme di relazione sono comuni in molte comunità etniche e indigene, come in alcune comunità religiose occidentali (p. 73, *traduzione a cura dell'Autore*).

La loro tesi è che gli interventi psichiatrici e psicoterapeutici basati su osservazioni “short term” e “cross sectional” sono coerenti con la forma organizzativa denominata “stranger” – predominante in Occidente – dove le relazioni di reciprocità sono mediate dal denaro. Gli stessi interventi clinici, viceversa, risultano inadeguati nelle comunità non occidentali. Propongono in alternativa un approccio incentrato sul “long term participatory method”. L’obiettivo che si pongono consiste nell’individuare i conflitti e le marginalità che si generano nella specifica comunità d’appartenenza per poi favorire un processo di reintegrazione della persona nel tessuto sociale. Negli esempi clinici riferiti si osservano interventi tesi a ricostruire una coesione sociale venuta a mancare.

La prospettiva di interpretazione dei fenomeni adottata dai Guerin e il loro modello sullo scambio sociale nella comunità, sebbene molto interessanti, lasciano aperte alcune questioni non secondarie. Come si leggono le difficoltà che inevitabilmente s’incontrano nel lavoro d’integrazione? Integrare significa aiutare l’individuo a ricucire la cesura aperta nella relazione con la comunità ripristinando il precedente assetto, oppure implica lo sviluppo di nuove dinamiche relazionali che presuppongono una trasformazione della comunità?

Ritorniamo al caso di Sergio (Vari, 2014), utilizzato come esempio clinico ricorrente in queste riflessioni. La progettazione del matrimonio con la sua partner scompensa l’assetto relazionale esistente, provocando fenomeni di rottura dell’integrazione nel microcontesto familiare. In una prima fase i servizi sanitari col proprio intervento accentuano i problemi nella misura in cui, attraverso agiti emozionali, si lasciano inconsapevolmente cooptare nelle fantasie collusive esistenti, divenendo essi stessi partecipi della conflittualità che si genera. Solamente l’analisi delle dinamiche affettive presenti entro quel contesto (che dunque include anche i servizi di salute mentale) consente di ipotizzare – dotandoli di senso – nessi che legano e integrano il precedente assetto collusivo violato e quello attuale, corrispondente alla crisi in atto.

In altri termini il processo integrativo non si genera automaticamente sulla base di modalità fattive d’inserimento nella comunità, ma richiede un modello di lettura delle simbolizzazioni affettive che in esso si dispiegano.

In ultimo suscita alcuni interrogativi la distinzione proposta dai Guerin tra approcci tradizionali fondati sull’individuo, secondo loro efficaci nelle società occidentali, e metodo participatory, adatto alle società organizzate intorno a relazioni “Kin-based”. Essa sembra supporre l’assunto che gli interventi incardinati sull’individuo siano appropriati nelle società occidentali poiché coerenti all’organizzazione sociale. È lecito eccepire che l’obiettivo dell’integrazione entro il contesto sociale possa essere ritenuto trasversale ai differenti sistemi sociali. La proposizione di un modello centrato sull’individuo per l’Occidente e di un modello basato sulla relazione individuo/contesto per le società non occidentali non convince perché, indipendentemente dalle forme di organizzazione comunitaria, vi è sempre una relazione tra individuo e contesto.

Triliva e Georga (2014) nel loro lavoro rilevano puntigliosamente l’inadeguatezza di una psicologia clinica tutta appiattita sulla tecnicità e sull’intervento rivolto al mondo interno dell’individuo. Mostrano quanto tale approccio sia inefficace di fronte ai gravi problemi relazionali suscitati dalla crisi socioeconomica della Grecia.

I problemi psicosociali che affiorano nella domanda rivolta ai servizi stentano a essere inquadrati dalla gran parte degli psicologi greci e sembrano essere vissuti come devianza rispetto ai problemi psicologici classici e individuali affrontati solitamente con la psicoterapia. Vi è un’evidente difficoltà a collocarli quale oggetto della propria professione. Gli Autori affermano che da parte degli psicologi viene invocata l’adozione di misure di supporto, a sua volta percepite come qualcosa non corrispondente ai propri modelli professionali. Il supporto sembra essere concepito come un intervento umanitario che sostituisce l’intervento psicologico clinico.

Triliva e Georga suggeriscono che a fronte della domanda psicosociale presente nell’utenza greca gli psicologi debbano assumersi il ruolo di catalizzatori di forme di resistenza organizzata nei confronti delle misure di austerità. Leggiamo un passaggio:

Le interpretazioni dei terapeuti non sono in grado di mostrare come la delegittimazione e la de-autenticazione sociale (Buchanan, 2012) possono essere rettificata attraverso la resistenza come evidenziato nel trattato di Skoura et al. (1991) sulla scarsità, la fame, il terrorismo, l’incertezza e la durezza delle condizioni che prevalsero negli anni dell’occupazione. Secondo Skoura et al. (1991) l’occupazione della II guerra mondiale fu sconfitta tramite la resistenza (lottando per contrastare o vincere l’occupazione straniera) che fu un atteggiamento attivo e terapeutico (p. 147, *traduzione a cura dell’Autore*).

Per la comunità come per l’individuo è asserita la valenza terapeutica della resistenza.

Se la questione viene posta in questi termini è inevitabile chiedersi cosa differenzierebbe la psicologia clinica dalla militanza politica. Non si corre il rischio di agire dinamiche emozionali attraverso l'azione politica tout court, in assenza di un chiaro modello psicologico clinico di interpretazione della relazione individuo/contesto? Nella posizione espressa da Triliva e Georga, i quali fanno riferimento anche ad altri Autori greci, il popolo greco è rappresentato come colonizzato e messo sotto scacco dall'Europa e dalla Germania. L'attuale crisi viene paragonata a quella occorsa durante l'occupazione subita dalla Grecia nella seconda guerra mondiale.

La lettura da loro proposta appare fondata sullo schema relazionale vittima/carnefice. Questa modalità di rappresentazione del fenomeno comporta il pericolo di posizioni caratterizzate da parziali e forti identificazioni emozionali che possono tradursi in agiti. Si avverte una sorta di appello comune contro il nemico.

Pur senza negare le rilevanti responsabilità delle politiche europee, essenzialmente improntate a un'austerità poco attenta alla condizione dei popoli, adottando un modello circolare e interattivo sarebbe plausibile ipotizzare che il popolo greco, come del resto anche quello italiano, abbia contribuito attivamente alla determinazione dell'attuale crisi socioeconomica attraverso la costruzione di culture caratterizzate da specifiche fantasie e agiti collusivi fondati su predatorietà e individualismo (vedi clientelismo, nepotismo, corruzione, evasione fiscale e così via).

Se la gran parte degli psicologi dei servizi sono in difficoltà poiché arroccati in prassi e teorie centrate sull'intrapsichico, l'alternativa che gli Autori suggeriscono sembra un'identificazione tra psicologia clinica e militanza politica. Le dinamiche relazionali e le simbolizzazioni affettive che si originano entro il contesto sociale critico, portate ai servizi di salute mentale tramite la domanda dell'utenza greca, non vengono sufficientemente analizzate, comprese e utilizzate come risorsa per il cambiamento.

Il contributo di Ornelas, Esposito e Sacchetto (2014) sottolinea l'importanza dell'integrazione nelle comunità naturali nell'intervento per le malattie mentali. L'approccio, ispirato al contestualismo ecologico, è così descritto:

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 (p. 224).

L'orientamento appare simile a quello proposto da B. Guerin e P. Guerin. Il lavoro di Ornelas et al. inquadra la relazione individuo/contesto in modo circostanziato, rimarca la necessità di facilitare la partecipazione attiva dei soggetti al progetto terapeutico, critica una visione basata sul potere forte dell'esperto. Sono descritte dettagliatamente le prassi operative coerenti con tale obiettivo e viene mostrato come si organizza una rete di opportunità sociali per favorire il processo integrativo, soprattutto in ambito formativo e lavorativo. Il lavoro resocontato costituisce un efficace esempio di intervento che crea e implementa risorse e competenze non solo nel singolo ma nella comunità.

Scorrendo l'articolo si osserva un grande impegno nel delineare i percorsi operativi. Anche in questo lavoro, tuttavia, in modo simile a quanto è stato prima rilevato proposito del contributo dei Guerin, si ha l'impressione che il tratto prevalente dell'intervento consista nella costruzione "fattiva" di questa rete di opportunità per l'inserimento dei malati mentali. Ritorna in mente il ricordo di come all'epoca della riforma psichiatrica italiana (legge 180/1978) d'ispirazione basagliana, si era ingenerata la convinzione che la trasformazione dei servizi e delle strutture territoriali conducesse di per sé alla soluzione dei problemi d'integrazione dei malati mentali.

I concetti di recovery, di empowerment e di approccio alle capacità che Ornelas et al. adottano descrivono obiettivi che possono facilmente assumere una predefinita valenza valoriale. Si prenda, per intenderci, il significato dell'approccio alle capacità. Gli Autori fanno riferimento a due studiosi, un economista (A. Sen) e una filosofa (M. Nussbaum), per elencare dieci capacità misurabili indicative della qualità della vita nei diversi sistemi sociali:

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 degna 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 (Ornelas et al., p. 226).

Le varie capacità, ispirate al concetto di libertà, appaiono postulate come assunti universali che misurano la qualità della vita, riproponendo in tale veste un approccio essenzialista.

Si può affermare che mentre Triliva e Georga nella loro visione del rapporto tra individuo e contesto pongono l'accento sull'organizzazione politica, Ornelas et al. si soffermano maggiormente sulla costruzione della rete sociale e sul reperimento delle risorse ad essa necessarie.

In ogni caso la questione non può esaurirsi unicamente nella ricchezza delle opportunità operative messe a disposizione. Si pensi, solo per fare esempio, alla possibile pressione inconscia che può essere esercitata sul soggetto affinché utilizzi la rete di risorse messa in campo e al probabile vissuto d'impotenza da parte degli operatori qualora questo non avvenga; ai possibili e sottili risvolti in termini di dinamiche colpevolizzanti.

In altre parole si vuole mettere in risalto di nuovo che la rete sociale costituisce una risorsa terapeutica solo in presenza di un modello di lettura delle dinamiche relazionali e delle simbolizzazioni affettive che in essa si dispiegano. In assenza di un simile approccio viene implicitamente sostenuto l'assunto che le opportunità messe a disposizione (lavoro, formazione etc.) siano associate a univoche e prevedibili dinamiche emotive, caratterizzate da una connotazione valoriale positiva; in tal modo le stesse opportunità finiscono per diventare precetti cui conformarsi.

Il ruolo assegnato da Ornelas et al. agli psicologi clinici è esplicitamente espresso col termine di "advocacy" (sostegno, patrocinio) e "facilitatore" (p. 234).

Ancora una volta sembra non delinearsi una specifica competenza professionale degli psicologi, competenza che rischia di dissolversi in un generico ruolo sociale.

Gli stessi Autori, nella parte finale del loro contributo, parlano delle difficoltà emozionali osservate nei soggetti in campo durante il loro lavoro, senza riconoscere chiaramente che l'oggetto specifico della competenza psicologica consiste proprio nell'analisi delle dinamiche affettive e relazionali che affiorano nel corso del processo integrativo e che coinvolgono tutti i soggetti, individuali e istituzionali.

Conclusioni

Nei contributi presi in esame si osserva una generale concordanza tra gli studiosi nel ritenere gli approcci fondati sull'individuo riduttivi e poco efficaci.

Aspetti più problematici e differenze emergono quando si tratta di definire meglio i contorni dei modelli teorici e operativi che estendono l'oggetto di studio al rapporto col contesto sociale. Si ha l'impressione che focalizzare l'attenzione sulla relazione individuo/contesto possa, in assenza di una teoria forte, rendere meno evidente l'identità professionale dello psicologo clinico, la specificità della sua competenza. Quest'ultima rischia di opacizzarsi in una sorta d'impegno sociale fattivo e umanitario, oppure nella militanza politica. Se così fosse l'alternativa sarebbe tra competenza psicologico clinica strettamente associata all'intervento sull'individuo e, al polo opposto, un impegno sociale che non prevede chiare competenze psicologiche.

Nel corso della propria storia la psicologia clinica si è molto interessata al mondo interno dell'individuo e alla famiglia; minore attenzione è stata rivolta allo studio e all'intervento su contesti più allargati. In realtà esistono modelli teorico operativi d'intervento sulla relazione individuo/contesto fondati su specifiche competenze psicologico cliniche, come si può evincere scorrendo alcuni dei contributi nella Special Issue. In essi si evidenzia la differenza tra competenza della psicologia clinica e altre competenze o dimensioni della convivenza, non meno rilevanti, quali l'impegno sociale e la militanza politica.

Sotto questo aspetto la psicologia clinica è in grado di dare un rilevante contributo perseguendo finalità integrative piuttosto che curative e intervenendo sulle difficili relazioni interpersonali presenti nei contesti ove si manifesta la malattia mentale.

Bibliografia

- Agazzi, E. (2014). *Scientific Objectivity and Its Contexts*. Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing.
- Bucci, F., Campagnola, F., & Taguchi, K. (2014). 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>
- Carli, R., & Paniccchia, 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>
- Ceruti, M. (1985). L’hybris dell’onniscienza e la sfida della complessità. In M. Cerruti (Ed.), *La sfida della complessità* [The challenge of complexity] (pp. 1-25). Milano: Feltrinelli.
- Eco, U. (1975). *Trattato di semiotica generale* [Treatise of general Semiotic]. Milano: Bompiani.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4296), 129-136.
- 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>
- Laria, A. (2014). In Search of Mental Health’s Holy Grail: The Era of Biology, CBT, and Other Empirically-based Recipes. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 47-66. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti* [The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-Logic] (P. Bria , Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- 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).
- Ornelas, J., Esposito, F., & Sacchetto, B. (2014). Contributi di una organizzazione su base comunitaria per la trasformazione del Sistema di Salute Mentale in Portogallo [Contributions of a Community-Based Organization for the Transformation of the Mental Health System in Portugal]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 220-239. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Panicchia, 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 reasearch-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 187-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Rizzolati, G, & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai, il cervello che agisce e i neuroni specchio* [I Know What You Do, the Brain Acting and the Mirror Neurons]. Milano: Raffaello Cortina.
- 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>
- Vari, R. (2014). Centro di Salute Mentale: La relazione “individuo/ambiente di convivenza/Servizio” nell’intervento clinico per le malattie mentali [Mental Health Center: The relationship

“Individual/Social Coexistence Milieu” in the Intervention for Mental Illness]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 170-185. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Winnicott, D.W. (1974). *Gioco e realtà* [Playing and Reality] (G. Adamo, R. Gaddini, Trans.). Roma: Armando Editore (Original work published 1971).