



La versione elettronica ad accesso aperto di questo volume è disponibile al link:
<https://www.openstarts.units.it/handle/10077/27069>

© copyright Edizioni Università di Trieste, Trieste 2019

Proprietà letteraria riservata.

I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale e parziale di questa pubblicazione, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm, le fotocopie e altro) sono riservati per tutti i paesi.

Impaginazione
Verena Papagno

ISBN 978-88-5511-050-1 (print)
ISBN 978-88-5511-051-8 (online)

EUT - Edizioni Università di Trieste
Via E. Weiss, 21 - 34128 Trieste
eut@units.it
<http://eut.units.it>
<https://www.facebook.com/EUTEdizioniUniversitaTrieste>

Il concetto
di dipendenza
in psichiatria
Un raffronto di teorie
sulla dipendenza
degli utenti dei servizi
di salute mentale

Tommaso Bonavigo
Elisabetta Pascolo-Fabrizi

Prefazione di
Luciano Carrino

A Giovanna Gallio
e Stefan Priebe

Gli scienziati non mirano neanche, di norma, a inventare nuove teorie, e anzi si mostrano spesso intolleranti verso quelle inventate da altri.

Thomas Kuhn

Noi dipendiamo in molteplici modi, ogni volta che siamo impegnati nelle interazioni con gli altri, dalle proprietà che attribuiamo agli attori normali: ad esempio la percezione corretta, la volontà individuale, una serie di competenze adulte, l'uso della memoria, una certa dose di empatia riguardante gli altri presenti, l'onestà, l'affidabilità, una stabile identità sociale e personale, e simili. Ne consegue che un bisogno qualsiasi di ridefinire il ruolo di un attore che possiede attributi diversi da quelli convenzionali, può avere un effetto devastante sull'attività alla quale la persona alterata partecipa.

Erving Goffman

What fascinates me is the number of people rediscovering this condition every year or so who believe their formulation to be original and proceed to name it.

Mea culpa.

Russel Barton

sommario

11	Prefazione	47	3.3 Goffman e i meccanismi delle istituzioni totali
13	Introduzione	52	3.4 Dipendenza istituzionale ed esclusione sociale in Basaglia
21	CAPITOLO 1 IL CONCETTO DI DIPENDENZA NELLA PRATICA CLINICA	53	3.5 La dipendenza all'origine della psichiatria in Foucault
21	1.1 Valutazioni psicologiche e psichiatriche della dipendenza	57	CAPITOLO 4 DIPENDENZA E SERVIZI PSICHIATRICI DI COMMUNITY CARE
23	1.2 Le dipendenze patologiche	57	4.1 Una <i>review</i> sui modi di definire la dipendenza nei servizi <i>community oriented</i>
24	1.3 Alterazioni del carattere e disturbo dipendente di personalità	59	4.2 Criteri di revisione della letteratura internazionale
27	CAPITOLO 2 DIPENDENZA E LEGAME SOCIALE	62	4.3 Risultati: i cinque "temi" o modi di concettualizzare la dipendenza
27	2.1 L'incerto confine tra normale e patologico	68	4.4 Discussione e osservazioni conclusive
29	2.2 Genesi psicologica e psicoanalitica del concetto di "personalità dipendente"	77	CONCLUSIONI ORIENTARSI E PERDERSI NELLA DIPENDENZA
34	2.3 Dipendenza e teoria dell'azione sociale	79	Come riconoscere oggi la dipendenza di un utente dai servizi di salute mentale?
38	2.4 La dimensione culturale e antropologica della dipendenza affettiva	81	Cosa farne oggi della dipendenza nei servizi di salute mentale?
41	CAPITOLO 3 LA DIPENDENZA ISTITUZIONALE IN GOFFMAN, BASAGLIA E FOUCAULT	93	Riferimenti bibliografici
41	3.1 Un percorso a ritroso		
43	3.2 La scoperta della dipendenza istituzionale		

Prefazione

Questo libro fa riflettere. Il concetto di dipendenza è studiato da Tommaso Bonavigo ed Elisabetta Pascolo-Fabrizi senza pregiudizi. Anzi esplicitando i pregiudizi correnti che portano fuori strada sia nel lavoro psichiatrico, sia nel ragionamento scientifico.

Nel lavoro psichiatrico, come in psicologia, in psicanalisi e in molti tipi di psicoterapie, la parola dipendenza allude generalmente a uno squilibrio nelle relazioni interpersonali che va corretto. Ha, infatti, una connotazione negativa e si contrappone a “autonomia” che, al contrario, è caricata di valori positivi.

Invece, in questo libro, si recupera il significato originale della parola, che allude semplicemente all’interconnessione tra cose o persone comunque in relazione tra loro, nel bene e nel male. Intesa così, la dipendenza apre la strada a una riflessione più profonda e vicina alla realtà di quanto lo siano i ragionamenti della psicologia e della psicanalisi che tendono, invece, a vederne solo il lato negativo.

Riconoscendo apertamente che essa può essere buona o cattiva, questo libro guida il lettore in un’esplorazione che certamente lo arricchirà, lo farà riflettere e lo aiuterà a pensare in modo più aperto e creativo.

A me, quanto meno, ha fatto quest’effetto.

Mi ha fatto ripensare alla distorsione fondamentale che, nella mia esperienza, ho incontrato prima nel campo della psichiatria e poi in quello della cooperazione allo sviluppo: che il valore principale verso cui gli umani debbano tendere sia l’autonomia, l’affermazione di sé. Una distorsione che fa molti danni.

In psicologia e psichiatria perché ci spinge a essere persone sole e competitive, a sottovalutare il legame naturale che ci rende umani e a prendere le distanze dagli altri, condannandoci a cercarli (dopo averli resi estranei e pericolosi), perché senza di loro non si può vivere e non si possono cambiare le condizioni sfavorevoli di vita.

Nei processi di sviluppo della società, perché ci spinge a essere individui che competono tra di loro nella vita economica, culturale e politica per affermarsi e prevalere gli uni sugli altri anche a discapito del bene comune.

Invece, nessun individuo può essere davvero autonomo perché non potrebbe sopravvivere e soddisfare i suoi bisogni senza dipendere in qualche modo dagli altri e dalla società in cui nasce, si protegge, vive e muore.

Contro ogni evidenza, però, la distorsione individualistica, nata con le stratificazioni autoritarie delle società complesse e sviluppatasi in modo mostruoso con il capitalismo aggressivo, stabilisce che l'individuo non solo deve essere autonomo ma ha un valore superiore alla società in cui vive.

Così la dipendenza iniziale del bambino dalla famiglia e dell'adulto dalla società si trasforma in un male, un difetto di cui liberarsi al più presto per andare verso un oscuro se stesso, competitivo e anti-sociale.

Invece, la scelta non è tra dipendenza e autonomia, ma tra buona e cattiva dipendenza.

Nella mia esperienza, il problema della povertà, delle disuguaglianze e degli altri effetti negativi del malfunzionamento delle società umane non è stato affrontato rafforzando l'autonomia individuale ma, al contrario, la capacità di lavorare con gli altri per combattere le distorsioni. Nessun individualismo, infatti, può aiutare l'individuo povero e senza potere a tirarsi fuori dai guai, mentre la solidarietà, il collegamento con gli altri può farlo. L'indipendenza e l'autonomia, si sa, aiutano solo chi ha poteri e risorse, mentre chi non ne ha deve aiutarsi solidarizzando con chi si trova in mille difficoltà e desidera liberarsene.

L'esperienza della cooperazione internazionale mi ha insegnato il grande valore della buona dipendenza che nasce dalla solidarietà tra gli umani che cercano di costruire società migliori.

Questo libro aiuta a riflettere sull'importanza della buona dipendenza solidaristica e a recuperare tutto il suo valore. Specialmente quello di dare senso a un tipo di autonomia personale, sia essa dell'operatore o della persona in cura, che non serve a essere un individuo separato, ma a cercare in modo creativo il proprio benessere insieme con quello degli altri e a contribuire, così, al buon funzionamento della società nel suo insieme.

È questo, del resto, il segreto di ogni cura della mente ben fatta.

Luciano Carrino

Introduzione

1.

Questo studio si propone di indagare e mettere a fuoco la cornice teorica e le implicazioni istituzionali di un fenomeno ambiguo e controverso, di cui si parla e si discute da anni nei servizi di salute mentale: la dipendenza degli utenti.

Il tema si è imposto alla nostra attenzione nel contesto del lavoro in un Centro di salute mentale di Trieste.¹ In questo ambiente, partecipando alle diverse attività del servizio, abbiamo potuto condividere e osservare le interazioni che si sviluppano nel contatto quotidiano tra operatori e utenti, scoprendo una gamma abbastanza vasta di *frames*, per usare un termine caro a Goffman²: dalla richiesta

¹ Abbiamo considerato come riferimento iniziale il Csm di Domio, nel quale Tommaso Bonavigo ha svolto il suo tirocinio come medico specializzando in psichiatria. Questo Csm serve un bacino d'utenza di oltre 64.230 abitanti e, situato nel distretto più popoloso di Trieste, comprende zone periferiche e prevalentemente urbane. Si estende ai comuni di Muggia e di San Dorligo della Valle e ad altre aree dell'altipiano carsico.

² Goffman E., *Frame analysis. L'organizzazione dell'esperienza*, (1974), Armando Editore, Roma 2001. Il termine *frame* (e l'azione che ne deriva, *framing*) può essere tradotto in italiano con "cornice" o "taglio" che incide nell'orientare la comprensione dell'interlocutore nell'interazione pubblica, nella quale sono i gesti e i comportamenti a risultare più significanti del linguaggio verbale. Il termine è stato introdotto per la prima volta da Goffman nel 1956 nel libro *The Presentation of Self in Everyday Life* (trad. it. *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino 1969). In seguito,

di aiuto al suo rifiuto, dalle manifestazioni rituali di deferenza e rispetto alla rabbia, dalla ricerca di rapporto e contatto alla dimenticanza, dall'affetto continuamente protestato all'indifferenza, dall'accondiscendenza alla fuga. Un ventaglio di giochi comunicativi molto simile, dopo tutto, a quello che sperimentiamo nei più vari contesti della vita quotidiana.

Questa è stata la nostra impressione iniziale; ma col passare del tempo, man mano che abbiamo conosciuto tutte le persone che frequentano il servizio e le attività in cui sono coinvolte o impegnate, man mano cioè che siamo stati assimilati e inglobati nelle routine organizzative del Csm, il nostro punto di vista è cambiato. Dovendoci situare nel campo istituzionale abbiamo cominciato quasi involontariamente a sommare e a scomporre in diversi modi le forme di interazione cercando di coglierne dall'esterno la trama, i nodi e i blocchi, le linee di scorrimento e i punti in cui ciascuna forma si innesta e si trasforma nell'altra. È allora che abbiamo cominciato a riflettere, non senza scetticismo, su quella che nel linguaggio convenzionale dei servizi si chiama la "dipendenza dell'utente".³

La connotazione negativa della dipendenza istituzionale, specie in psichiatria, fa subito pensare a una sottrazione di libertà, o al venir meno di capacità/possibilità del soggetto di realizzare la propria vita all'aperto, nella comunità a cui appartiene.

"Dipendenti" sono infatti definite le persone che, in assenza di una rete sociale o incapaci di instaurare e/o di mantenere relazioni col mondo esterno, sembrano trovare una dimensione esistenziale soddisfacente solo nel perimetro del servizio.

Nel servizio si recano ogni giorno e lì trascorrono gran parte del loro tempo (a volte della loro vita), ritagliandosi spazi e ruoli riconosciuti, rispettati sia dagli altri utenti che dagli operatori. Nel servizio pranzano e cenano, e al servizio si appoggiano per soddisfare una serie di bisogni o raggiungere obiettivi che sarebbero incapaci di definire o di perseguire con le proprie forze: gestione di pratiche burocratiche, cura di sé e della casa, richiesta di supporti o sussidi economici, partecipazione a programmi di formazione e inserimento al lavoro, o a iniziative e attività del tempo libero (feste, passeggiate, cinema, viaggi, ecc.). L'accesso ciclico o temporaneo a tutte queste risorse messe a disposizione dal Csm, lungi dal configurare un problema di dipendenza istituzionale, costituisce la base indispensabile della presa in carico delle persone con gravi disturbi

in *Frame analysis: An essay on the organization of experience*, pubblicato nel 1974, il significato del termine si estende e si complica, designando modelli di interazione o schemi interpretativi che permettono di «collocare, percepire, identificare e classificare» gli eventi nel loro accadere. In tal modo possiamo selezionare e conferire un senso immediato ai fatti a cui assistiamo o in cui siamo personalmente coinvolti.

³ Nel fornire qui una prima definizione del concetto di dipendenza è necessario precisare che non è esaustiva di ciò che il termine può designare o significare nell'ambito della salute mentale. Nei capitoli successivi verrà dato ampio spazio all'inquadramento del concetto tenendo conto di diversi approcci disciplinari, campi di applicazione e orientamenti culturali o scientifici.

mentali. È l'essere esposti in permanenza alla possibilità di usufruire di questi benefici, e a volte – proprio per questo – perdere di vista il bersaglio da colpire o fallirlo ripetutamente, a diventare un problema. Oltre a ingenerare frustrazione e senso di impotenza negli operatori, quella che nei servizi viene chiamata “dipendenza” sembra corrispondere a un “doppio della realtà”: un piano di realtà di per sé vuoto e amorfo, dove si insedia una nuova costellazione di bisogni e sintomi, abitudini e gesti, atteggiamenti e comportamenti, modi di essere e modi di vivere che evocano molto da vicino quel “doppio della malattia” di cui parlava Franco Basaglia.⁴

2.

Per dirla in breve, le persone dipendenti sono di casa nel Csm, e talvolta diventano “parte” della casa: così presenti da confondersi con lo sfondo e perdere – così almeno ci è sembrato – visibilità. È un problema noto agli operatori. Confrontandoci con alcuni di loro abbiamo cercato più volte di capire perché e come l'esistenza di queste persone si fosse arenata nella routine del servizio.⁵ Quali erano state le ragioni o gli inciampi che avevano fatto insorgere quel costante bisogno di dipendere? Era un bisogno “congenito” o la conseguenza di un disturbo mentale particolarmente invalidante? La perdita di autonomia era stata improvvisa o si era raffor-

4 Basaglia F., Basaglia Ongaro F., “La malattia e il suo doppio”, in *La maggioranza deviante*, Torino, Einaudi, 1971, pp.131-142. Basaglia diceva che il lavoro dello psichiatra consiste nel confrontarsi con la malattia mentale e il suo doppio, intendendo con questo due cose. Da un lato contrastare la risposta che la società dà al folle (escluderlo, isolarlo, farne oggetto passivo di tecniche di manipolazione e di controllo, ecc.); dall'altro “smontare” la malattia come costruito istituzionale. Nell'ospedale psichiatrico, «dove il malato non ha il potere di scegliere, e dove gli stessi sintomi e comportamenti non possono essere considerati espressione diretta della malattia», è necessario impegnarsi per togliere le “incrostazioni istituzionali” che rivestono la malattia come un'armatura, un doppio appunto, dietro il quale non si sa che cosa si nasconde. Lo psichiatra che si impegna in questo lavoro non sa «a priori cosa potrà emergere: non la malattia vera, originaria (quella che ha dato luogo all'internamento manicomiale, i cui contenuti sono stati di fatto eliminati e cancellati, insieme ai contesti e alle relazioni a cui la persona era collegata), bensì un coacervo di domande e di bisogni che andranno colti su un piano di realtà, nell'immanenza di un rapporto progressivamente liberato dalla coercizione». In Gallio G. (ed.), *Basaglia a Colorno. I verbali delle riunioni di staffe e di comunità nell'ospedale psichiatrico di Parma (1970 - 1971)*, numero monografico della rivista di filosofia “aut aut” n. 342, Milano, il Saggiatore, 2009, p.82.

5 In mancanza di strumenti specifici di valutazione non è facile calcolare quanti sono, nell'intero Dsm di Trieste, i pazienti che instaurano con il servizio una relazione di dipendenza nei termini in cui l'abbiamo descritta. Con ogni probabilità non sono molti; ad esempio, nel Csm di Domio erano una quindicina le persone che mediamente stazionavano nel servizio per l'intera giornata; tuttavia da questa stima sono esclusi sia gli utenti che conservano legami di forte dipendenza dal servizio pur vivendo nel proprio domicilio, sia quelli che vivono in appartamenti assistiti. Come vedremo in seguito, le forme di dipendenza dai Csm, in sé differenziate, non sono sovrapponibili né all'intensità e alla durata della presa in carico, né alle condizioni di cosiddetta cronicità dei disturbi mentali.

zata *in itinere* – un giorno dopo l’altro, un anno dopo l’altro? E ancora: la dipendenza non è forse l’effetto perverso di una protezione eccessiva, o di un supporto terapeutico esteso in maniera indiscriminata a tutte le sfere di vita del soggetto?

Tutte queste domande, giuste o sbagliate che fossero, nascevano in noi da una sorta di sospetto che fosse stato proprio il servizio – con la sua negligenza, i suoi interventi sbagliati o fallimentari – ad aver peggiorato la situazione. Al tempo stesso si avvertiva il senso di colpa nel nutrire questi pensieri, per l’incapacità nostra di accettare quelle forme di esistenza e di farcene carico. Immedesimandosi nella sofferenza di quelle persone si poteva imparare forse a riconoscerne i bisogni e comprendere, che quello che sembrava un “supporto eccessivo”, andava accettato come parte dei compiti del Csm.

Del resto in alcune occasioni abbiamo partecipato a incontri e discussioni d’équipe dedicate ad analizzare i casi di conclamata dipendenza. In queste riunioni si cercava di esaminare la situazione ogni volta da capo, nel tentativo di formulare nuovi progetti riabilitativi che fossero in grado di cogliere il doppio versante del problema: da un lato trasformare le condizioni di vita del paziente verso una maggiore autonomia, dall’altro ridurre sia il carico oggettivo sostenuto dal Csm (costi, spreco di tempo, qualità e quantità di risorse investite, ecc.), che il carico soggettivo degli operatori (frustrazione, perdita di motivazioni, sintomi di *burnout*, ecc.).

Anche se da queste riunioni siamo usciti spesso un po’ delusi perché sembravano il più delle volte non approdare a nulla, in seguito abbiamo dovuto ammettere che la nostra prima lettura del fenomeno della dipendenza era troppo unilaterale e restrittiva per permetterci di apprezzare i discorsi degli operatori e i loro tentativi di migliorare la situazione. Era una concezione essenzialmente negativa: da un lato riuscivamo a decifrare la dipendenza solo come una lista di deficit individuali che erano stati rafforzati da cattive abitudini, dall’altro vedevamo nella dipendenza il semplice rovescio dell’autonomia.

Questa concezione era paradossalmente rafforzata dal fatto che l’osservazione e la conseguente riflessione si svolgevano a Trieste, città-simbolo della chiusura del manicomio, in un Dipartimento di salute mentale nel quale le parole d’ordine che riecheggiano da oltre quarant’anni gravitano attorno al tema della centralità della persona e dei suoi diritti di cittadinanza⁶. In un contesto in cui le strategie di *empowerment* degli utenti vengono perseguite non solo a livello individuale ma comunitario, il sussistere di gravi forme di dipendenza dal servizio non può non rappresentare un elemento di contraddizione.

6 In una recente pubblicazione curata da Giovanna Gallio (una collana di sette Dossier in cui sono stati raccolti i materiali elaborati nel corso di un progetto di formazione e ricerca nei servizi sanitari triestini) viene evocato e discusso il patrimonio di conoscenze, esperienze e risorse di partecipazione accumulate a Trieste, nella linea di continuità che collega la deistituzionalizzazione psichiatrica, avviata da Franco Basaglia e dalla sua équipe nei primi anni 70, ai progetti Habitat e Win-Microaree avviati nel 2003-2005. Gallio G. (ed.), *Cura e partecipazione*, Dossier I-VII, editi dalla Ass n.1 “Triestina” e Enaip-Fvg, 2016.

Tale infatti è considerato da molti operatori che, ben sapendo che è sempre latente il rischio di riprodurre forme più o meno marcate di istituzionalizzazione, non cessano di interrogarsi su quello che potremmo chiamare l'eterno ritorno del rimosso manicomiale. È il ritorno del *non detto*, del *non fatto*, ma soprattutto del *non visto* proprio perché sotto gli occhi di tutti. Come suggerisce Edgar Allan Poe nel celebre racconto *La lettera rubata*, le cose meglio nascoste sono quelle lasciate più in evidenza, alle quali il nostro occhio si abitua. È quindi l'evidenza che bisogna indagare per scoprirne i significati meno ovvi.

3.

Se colta in questa prospettiva, la questione della dipendenza va molto al di là del semplice sovra-utilizzo di risorse da parte di una minoranza di utenti, diventando la spia di un problema al tempo stesso operativo e organizzativo dei servizi. La domanda cioè diventa se e come i servizi riproducono fenomeni di istituzionalizzazione nel lavoro territoriale e – parallelamente – quali possono essere i metodi d'intervento, gli stili di lavoro, i criteri o requisiti organizzativi che permettono di scongiurare questo rischio.

Da un certo momento in poi è diventato questo il punto centrale della nostra riflessione, il nodo critico che andava indagato e compreso, anche perché dalla disamina di questo punto possono derivare elementi di conferma o smentita riguardo alla capacità di un sistema di salute mentale territoriale di offrire delle vere alternative ai noti processi di internamento, emarginazione sociale, sottrazione di libertà e di diritti che hanno caratterizzato la psichiatria istituzionale fino alla seconda metà del secolo scorso.

L'opportunità di approfondire il tema della dipendenza, abbracciando un orizzonte più ampio, si è concretizzata nel 2015 attraverso la collaborazione con il professor Stefan Priebe che dirige la *Unit for Social and Community Psychiatry* presso la Queen Mary University di Londra. Con questo Centro collaboratore dell'Oms abbiamo sviluppato un progetto di ricerca che si è concretizzato in una *review* concettuale della letteratura sul tema "La dipendenza degli utenti dai servizi di salute mentale territoriali". La revisione ha permesso da un lato di scoprire l'ambiguità del concetto di dipendenza e dei suoi possibili usi, dall'altro ha consentito di approfondire il campo specifico della dipendenza istituzionale per come viene valutata e descritta, sperimentata o percepita da operatori e utenti dei servizi psichiatrici di comunità.

La *review*, oltre a prendere in considerazione le diverse configurazioni dei sistemi di cura territoriali nei paesi occidentali, cerca di individuare una serie di elementi organizzativi e di pratiche che possono indurre forme di dipendenza⁷.

⁷ La *Review*, presentata nel capitolo 4, esplora i modi di definire e valutare la dipendenza in servizi psichiatrici di tipo comunitario – strutture residenziali, *hospital day*, servizi di *home care*

Un altro aspetto importante è la messa in discussione della dipendenza come condizione solo negativa, di privazione e perdita. Come diremo in seguito, emergono ripetutamente dalle valutazioni dei pazienti e degli operatori una serie di elementi che possono motivare in senso positivo la dipendenza dai servizi, trasformandola in una scelta (oltre ai benefici terapeutici, i contatti sociali, le attività riabilitative, il senso di sicurezza, ecc.).

In altre parole il fenomeno della dipendenza nella psichiatria comunitaria, globalmente considerato, sembra ricoprire una gamma abbastanza ampia di opzioni o possibilità: da forme più negative e distruttive, nelle quali il soggetto perde – insieme alla libertà e alle reti di relazioni – una serie di abilità nella cura di sé, o le prerogative collegate all'esercizio di ruoli socialmente riconosciuti in cui si traduce la possibilità di scelta e di azione, a forme positive in cui il dipendere coincide col fatto di ricevere supporti terapeutici più costanti, habitat più gradevoli o sicuri, possibilità di ascolto e di contatto con gli altri. La *review* ha inoltre evidenziato che la dipendenza non deve essere considerata l'opposto o il contrario dell'autonomia o della *recovery*.

Sappiamo che il processo di *recovery* (letteralmente “ripresa, rimonta” che può favorire la guarigione⁸) richiede che il paziente dipenda dal servizio per tutto il tempo necessario alla sua riabilitazione e reintegrazione nella comunità; tuttavia è stato accertato da alcune ricerche che alcuni degli elementi che favoriscono la *recovery* possono anche favorire l'instaurarsi di forme di dipendenza, soprattutto quando il supporto offerto dal servizio non è temporaneo.

o riabilitativi – le cui caratteristiche possono variare da un paese all'altro in relazione a diversi fattori: quadro normativo e legislativo, orientamenti terapeutici e stili professionali, tipi di finanziamenti, rapporto tra sistema pubblico e privato, collocazione del servizio, habitat sociale, ecc. Dalla revisione si è deciso di escludere l'Italia dato che rappresenta un caso a sé nel contesto europeo e internazionale. Sappiamo infatti che la legge 180/78, abolendo gli ospedali psichiatrici e il concetto di pericolosità, configura un'organizzazione dei servizi psichiatrici radicalmente territoriale, facendo leva sul Centro di salute mentale come cardine del sistema di cura. Al tempo stesso sappiamo che le leggi regionali di implementazione della legge 180 hanno dato luogo a modelli organizzativi molto diversi e che solo a Trieste è stato creato, fin dai primi anni 80, un Dipartimento di salute mentale articolato, il cui fulcro sono i Csm aperti e funzionanti sulle 24 ore, modello in seguito esteso ad altre aree del Friuli - Venezia Giulia.

8 Al suo primo apparire nella letteratura scientifica degli anni 70 il termine *recovery* indicava la scomparsa di sintomi o di *impairment* funzionale nelle persone con disturbi mentali gravi. In seguito, sulla spinta del movimento degli utenti, il termine ha cominciato a designare il processo mediante il quale una persona impara a convivere con un disturbo mentale permanente, impegnandosi a vivere la propria vita nel modo più pieno e ricco possibile malgrado le limitazioni o gli ostacoli che incontra. Sul tema cfr. Davidson L., Borg M., Marin I., Topor A., Mezzina R., Sells D.: *Processes of recovery in serious mental illness. Findings from a multinational study*, in “*American Journal of Psychiatric Rehabilitation*”, 8 (3), 2005, pag. 177-201.

Ridefinire la dipendenza dai servizi territoriali come una combinazione di elementi positivi e negativi è stato utile per comprendere meglio – e forse anche più laicamente – la complessità del fenomeno, oltrepassando un punto di vista troppo soggettivo e mettendo tra parentesi i pregiudizi culturalmente associati al termine “dipendenza”.

Ripartendo da questa nuova prospettiva, abbiamo ritenuto che fosse necessario impegnarsi in un’ esplorazione ancora più ampia di questo fenomeno, uscendo dal ristretto campo psichiatrico che mi era proprio e che avevo indagato nella *review*. Abbiamo quindi deciso di tracciare una specie di mappa, un percorso che permettesse di cogliere gli snodi semantici e l’evoluzione del concetto di dipendenza all’incrocio di diversi orientamenti e campi disciplinari: oltre alla psichiatria, la psicologia, la psicanalisi, la sociologia, la storia. Grazie a questo percorso speriamo che diventi più tangibile la differenza che separa l’uso instabile e multiforme del concetto generale di dipendenza, da quella particolare forma di dipendenza istituzionale di cui si è cominciato a parlare solo a partire dagli anni sessanta e settanta del secolo scorso, in coincidenza con la crisi del sistema di welfare e con l’avvio, negli Stati Uniti e nei paesi del nord Europa, dei processi di deistituzionalizzazione.

Concetto di per sé vuoto e debole se non è associato a forme esplicite di potere, dominio o sudditanza, la dipendenza sembra assumere peso e rilievo solo nelle fasi di transizione storica, quando sotto la pressione del cambiamento entrano in crisi i sistemi di valore, le culture e antropologie locali, le forme della socializzazione e i dispositivi di regolazione e controllo dei comportamenti. In questo senso, poiché il concetto di dipendenza traduce in sé un insieme di pratiche e di discorsi sulla natura e sulla forma del legame sociale, ci sembra di poterlo cogliere solo nei punti di intersezione che oltrepassano il campo della psichiatria propriamente detto. In questa zona liminare, dove il lavoro della salute mentale incontra i problemi della comunità, il concetto di dipendenza si fa usare come una cornice mobile che, nel suo andirivieni da una pratica all’altra, da un contesto discorsivo all’altro, permette di catturare una serie di significati o di esperienze che andrebbero altrimenti cancellate o disperse.

I prossimi capitoli di questo libro esploreranno questo fitto intreccio di reti discorsive mettendo in luce da un lato quelli che possiamo chiamare i “mondi della dipendenza patologica”, e in particolare le forme di dipendenza codificate negli studi di psichiatria e psicologia clinica come tratto o disturbo di personalità; dall’altro i modi del dipendere nella regolazione dei rapporti sociali e nelle diverse culture: rapporti di distanza e prossimità, consistenza e durata del legame sociale, qualità delle relazioni o “capitale sociale” degli individui, delle famiglie, della comunità. Infine, basandosi sugli studi di Russel Barton, Ervin Goffman, Franco Basaglia e Michel Foucault, si cercherà di tracciare molto in sintesi la genealogia del concetto di dipendenza nella storia della psichiatria.

A conclusione di questo percorso viene infine riportata, tradotta in italiano, la *review* della letteratura internazionale, punto assieme di partenza e di arrivo, di conclusione e di ripartenza⁹.

⁹ Parliamo di ripartenza perché al termine di queste indagini e riflessioni teoriche è seguita un'ulteriore fase di ricerca – questa volta pratica – sulla dipendenza nei servizi di salute mentale di Trieste, con l'intento di valutarne le dimensioni e le forme, i tempi e le configurazioni spaziali. abbiamo così avviato un'indagine esplorativa basata sulla raccolta di percezioni e opinioni sia di utenti che di operatori; indagine che è diventata il tema e l'obiettivo principale della tesi di specialità di Tommaso Bonavigo. Tuttavia, per esigenze di spazio e coerenza interna di questo testo abbiamo preferito rimandare ad un secondo momento la pubblicazione dei materiali raccolti e la discussione dei risultati.

Capitolo 1

Il concetto di dipendenza nella pratica clinica

1.1 VALUTAZIONI PSICOLOGICHE E PSICHIATRICHE DELLA DIPENDENZA

In ambito psichiatrico e psicologico la dipendenza è declinata per lo più come elemento di valutazione psicopatologica, o come diagnosi a cui è sottoposto un soggetto che entra in contatto con un professionista, o che viene accolto e preso in carico da un servizio.

Nel contesto clinico è possibile rintracciare due usi del termine “dipendenza”, di cui uno più oggettivo, tecnico-diagnostico, e l’altro più descrittivo e soggettivo. Il primo rinvia alla codificazione diagnostica della dipendenza nei due principali manuali psichiatrici in uso in gran parte dei paesi del mondo: il DSM-5 dell’*American Psychiatric Association (APA)*¹, e l’ICD-10 dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)². Se la persona sottoposta a osservazione soddisfa i criteri descritti in questi manuali il clinico potrà diagnosticare una dipendenza patologica (*addiction*), o un disturbo dipendente di personalità. In entrambi i casi il punto focale della diagnosi è una dipendenza che la persona ha sviluppato nei confronti di

1 American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014.

2 World Health Organization, *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Ginevra, World Health Organization, 1992.

una sostanza o di un comportamento, o che si manifesta sotto forma di “caratteristica di personalità”.

Una seconda modalità ricorsiva della parola “dipendenza” nella pratica clinica consiste invece nell’inscrivere nel suo significato una serie di fenomeni – dati eterogenei, clinici o sociali, che diventano in tal modo accessibili e comprensibili, anche se non sempre possono essere codificati in un quadro diagnostico.³ In questa seconda prospettiva la parola dipendenza viene usata come un *termine-ombrello* che copre svariati tipi di problemi o di comportamenti: «le tossicomanie e le tossicofilie (da droghe, alcol, farmaci), la *sexual addiction*, le dipendenze relazionali, le svariate forme di *craving* e i disturbi dipendenti della personalità».⁴

Il significato di “dipendenza” in ambito clinico può dunque mutare considerevolmente, designando di volta in volta una condizione (l’essere dipendenti dall’aiuto di un’altra persona), una forma di comportamento (cercare o ricevere aiuto), un atteggiamento (sentirsi fragili), una caratteristica di personalità (un comportamento preminente e persistente nelle diverse situazioni e relazioni)⁵. Considerando la mole di ricerche e studi prodotti su tutti questi temi, l’elemento comune che emerge è proprio questo, l’incertezza semantica e lessicale del termine, tanto che Vittorio Lingiardi si chiede se “dipendenza” sia la parola giusta.⁶

Sembra dunque indispensabile sciogliere in via preliminare una serie di dubbi e perplessità sull’uso di questo termine, cercando di collegarlo ai contesti in cui viene utilizzato, anche per evitare la confusione tra campi d’indagine e riferimenti teorici diversi.

I paragrafi di questo primo capitolo saranno dedicati a esaminare i sistemi di definizione e di inquadramento diagnostico delle dipendenze patologiche e dei disturbi di personalità. Nel capitolo successivo, dopo aver indagato la genesi psicoanalitica e psicologica del concetto di “personalità dipendente”, cercheremo di allargare la prospettiva esponendo in sintesi alcuni concetti-chiave sulla dipendenza interpersonale e affettiva, sia nella teoria dell’azione sociale che negli studi ispirati a quella che Clifford Geertz ha chiamato “interpretazione di culture”⁷. Il nostro intento è quello di evidenziare da un lato i punti di saldatura tra normale e patologico, dall’altro ribadire che la dipendenza – comunque si

3 Sul tema cfr. Greenberg R.P., Bornstein, R.F., *The dependent personality: I. Risk for physical disorders*, in: “Journal of Personality disorders”, 2(2), 1988, 126. Inoltre: Greenberg, R.P., Bornstein R.F., *The dependent personality: II. Risk for psychological disorders*, in: “Journal of personality disorders”, 2(2), 1988, 136-143.

4 Lingiardi V., *Personalità dipendente e dipendenza relazionale: aspetti diagnostici, descrittivi e dinamici*, in: “Psiche. Attaccamenti”. N.1/2011. (http://www.spiweb.it/psiche_rivista/attaccamenti3, sito consultato il 29/06/2016, pp. 13-14).

5 Birtchnell J., *The measurement of dependence by questionnaire*, in: “Journal of Personality Disorders”, 5(3), 1991, 281.

6 Lingiardi V., *op cit.*, p.1.

7 Geertz C., *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino, 1998.

manifesti – rientra nelle prerogative di un soggetto che va rispettato e compreso anche quando adotta comportamenti che dall'esterno possono sembrare solo autodistruttivi.

1.2 LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

La questione delle dipendenze patologiche viene qui trattata più succintamente rispetto al disturbo dipendente di personalità, dato che è più distante dal tema oggetto di questo studio.⁸

Fino al DSM-IV-TR, edito nel 2000, ad essere diagnosticato come dipendente patologico era un soggetto che assumeva una sostanza d'abuso⁹. Solo la nuova edizione del DSM-5, nel 2013, ha incluso il gioco d'azzardo tra le dipendenze patologiche, abolendo tra l'altro la distinzione tra "abuso" e "dipendenza da sostanza". Questo spiega il cambiamento del titolo di questa categoria diagnostica in "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*".¹⁰

Secondo l'ampia definizione che ne ha dato Stanton Peele «la dipendenza può scaturire da qualunque potente esperienza»¹¹; al contrario, adottando l'ottica più restrittiva del DSM-5, le dipendenze patologiche si fondano sulla «attivazione del sistema cerebrale di ricompensa, che è coinvolto nel rafforzamento dei comportamenti e nella produzione dei ricordi»¹².

È dunque l'attivazione di questo circuito cerebrale (dopaminergico) alla base delle caratteristiche cliniche peculiari della dipendenza, cioè i noti fenomeni della tolleranza e dell'astinenza che lo qualificano come un disturbo cronico recidivante caratterizzato da: (a) compulsione alla ricerca dell'oggetto della dipendenza; (b) perdita di controllo nel corso dell'utilizzo/comportamento; (c) comparsa di stati emotivi negativi – disforia, ansia, irritabilità – quando la soddisfazione dell'oggetto è impedita o inibita¹³. Tuttavia, mentre nel caso di assunzione di sostanze come l'eroina, la cocaina o la cannabis disponiamo di evidenze sperimentali

8 Per "dipendenze patologiche" intendiamo quelle descritte nel capitolo del DSM-5 intitolato "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*", p. 563.

9 American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, Washinton DC, 2000.

10 Su questi temi cfr. Kraus S.W., Voon V., Potenza M.N., *Should compulsive sexual behavior be considered an addiction?*, in "Addiction", 2016; Compton W.M., Dawson D.A., Goldstein R.B., Grant B.F., *Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol*, in: "Drug and alcohol dependence", 132(1), 1023, 387-390.

11 Peele S., *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*, Lexington Books/DC Heath and Com, 1985, p.25.

12 American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014, p. 563.

13 Koob G.F., *Addiction is a reward deficit and stress surfeit disorder*, in: "Brain Reward & Stress Systems in Addiction", 2015, 7.

tali e cliniche riguardo al substrato neurobiologico della dipendenza, solo per la dipendenza dal gioco d'azzardo sono stati finora soddisfatti i requisiti necessari perché fosse inclusa tra i disturbi da *addiction* del DSM-5¹⁴. Da ciò consegue che comportamenti iterativi e ripetitivi (come la dipendenza da sesso, da esercizio fisico o da acquisti) permangono in uno stato nebuloso, una sorta di limbo, così che l'uso clinico del termine "dipendenza" rimane fragile dal punto di vista epistemologico. Finché non vi saranno chiare evidenze che i comportamenti "eccessivi" presentano le stesse caratteristiche – genetiche e neurobiologiche – della dipendenza da sostanze¹⁵, non sarà possibile stabilire «se vi sia una distinzione tra essere dipendenti e avere un vizio, nel senso di cattiva abitudine»¹⁶.

L'inclusione di un comportamento anomalo nella categoria della dipendenza patologica deve essere dunque fondata su criteri oggettivi, biologici e clinici; criteri che vanno soddisfatti affinché quel comportamento diventi oggetto di attenzione e cura da parte di uno psichiatra o di un servizio di salute mentale o per le dipendenze. L'esistenza di questi requisiti sembra rappresentare l'unico argine per non scivolare dalla valutazione clinica alla vasta area dei giudizi morali, là dove il comportamento eccessivo viene stigmatizzato in quanto scelta deliberata del soggetto di indugiare in una ricerca esasperata del piacere fine a se stesso.

1.3 ALTERAZIONI DEL CARATTERE E DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

Come nelle versioni precedenti del manuale americano, il DSM-5 classifica il disturbo dipendente tra quelli del Cluster C di personalità, insieme ai disturbi ossessivo-compulsivi e da evitamento, a cui viene accomunato dall'ansia nell'affrontare gli eventi di vita¹⁷. Il tasso di prevalenza di questo disturbo riguarda circa lo 0,5% della popolazione, una stima molto cauta.

Nella descrizione clinica proposta dai manuali diagnostici il soggetto che soffre di questo disturbo ha scarsa fiducia in sé, si percepisce come incapace di soddisfare le aspettative altrui e di svolgere in maniera adeguata i ruoli sociali che gli vengono attribuiti e riconosciuti. Sente di non farcela da solo, o di fare peggio degli altri, perciò ha bisogno dell'aiuto di un «*magic helper* che lo guidi e di cui "incorporare" la presenza, la forza e la competenza»¹⁸.

Vivendo nel costante bisogno di protezione e accudimento, in cerca di consigli e rassicurazioni, tende ad adottare una posizione subalterna o sottomessa.

14 Elster J., *Sensazioni forti. Emozioni, razionalità e dipendenza*, il Mulino, Bologna, 2001.

15 Kraus S.W., Voon V., Potenza M.N., *Should compulsive sexual behavior be considered an addiction*.

16 Elster J., *Sensazioni forti*, cit., p.64.

17 Nella prima versione del DSM (1952) la personalità del soggetto con dipendenza patologica era classificata come un sottotipo della personalità passivo-aggressiva.

18 Lingiardi V., *Personalità dipendente e dipendenza relazionale*, cit. p.10.

Accetta compiti sgradevoli, evita di esprimere disaccordo o rabbia, sopporta sacrifici rilevanti e a volte tollera abusi verbali, fisici o sessuali pur di non essere abbandonato. Tutte le sue sfere di vita sono pervase da timori e insicurezze, ma è soprattutto nella sfera privata che risalta la paura della solitudine e la preferenza accordata a relazioni distorte o asimmetriche. La fine di una relazione intima rappresenta un evento minaccioso, e l'immediata ricerca e scelta di un nuovo partner viene fatta senza valutare con attenzione le sue qualità o la sua affidabilità, aumentando in tal modo i rischi di riprodurre all'infinito il circolo vizioso. La solitudine non è una condizione desiderabile per la persona dipendente, ma per quanto la rifugga la sua rete sociale resta fragile e povera, ristretta alle poche persone da cui ritiene di poter ricevere aiuto.

Nella sfera lavorativa le stesse carenze vengono rilevate sotto altri profili: scarsa iniziativa, tendenza a sfuggire le posizioni di responsabilità, reazioni di ansia ogni volta che il soggetto è messo di fronte alla necessità di scegliere in maniera autonoma. Tuttavia il suo adattamento sociale e lavorativo può essere buono quando sente di essere guidato e supervisionato.¹⁹

Dunque il DSM-5 ci consegna la rappresentazione accurata di un tipo umano immaturo, votato alla debolezza, al vittimismo, alla passività e alla sottomissione: tutte qualità difficilmente appetibili in campo sentimentale, lavorativo o sociale. Assumendo il punto di vista della selezione naturale una persona con queste caratteristiche avrebbe vita breve in un contesto sociale competitivo; viene tuttavia il sospetto che vi siano dei vantaggi intrinseci in questo stile personologico, se si manifesta in una percentuale non insignificante di casi.

È stato soprattutto l'americano Robert Bornstein a sollevare dubbi sulla tradizionale associazione tra personalità dipendente e tendenza alla passività o alla sottomissione²⁰. I suoi studi hanno evidenziato che il comportamento pas-

19 La condizione clinica della persona dipendente è associata agli stati ansiosi, alla predisposizione a disturbi depressivi e dell'adattamento, e alla concomitanza di altri disturbi di personalità, in particolare i disturbi borderline, evitanti ed istrionici. Il DSM-5 definisce in questi termini i criteri diagnostici per il disturbo dipendente di personalità 301.6 (F607): «Una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi: 1) Ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri. 2) Ha bisogno che altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita. 3) Ha difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione. Nota: non includere realistici timori di punizioni. 4) Ha difficoltà a iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia). 5) Può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli. 6) Si sente a disagio o indifeso/a quando è solo/a a causa dell'esagerato timore di essere incapace di prendersi cura di sé. 7) Quando termina una relazione intima, cerca con urgenza un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto. 8) Si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato/a a prendersi cura di sé».

20 Bornstein R.F., Riggs J.M., Hill E.L., Calabrese C., *Activity, Passivity, Self-Denigration, and Self-Promotion: Toward an Interactionist Model of Interpersonal Dependency*, in: "Journal of Personality",

sivo può corrispondere a una “strategia auto-rappresentativa”: un modo cioè di presentare se stessi accentuando in maniera artificiosa o teatrale i propri difetti e le proprie carenze in vista di ottenere benefici e supporti dagli altri.

Sebbene la dipendenza sia un tratto stabile della personalità, il comportamento del soggetto che soffre di questo disturbo può variare in maniera significativa e può essere compreso solo tenendo conto del contesto di vita. Inoltre il suo modo di agire cambia a seconda di quali sono le sue percezioni e convinzioni sui mezzi più rapidi ed efficaci per raggiungere il risultato sperato, e cioè ottenere l'aiuto di qualcuno. È stato ad esempio dimostrato che il soggetto dipendente ha la spiccata capacità di riconoscere al volo, in ogni contesto, qual è la persona da cui potrà ricevere il miglior supporto, orientando così i propri sforzi per attrarne l'attenzione. Non solo: la sua strategia di approccio viene di volta in volta elaborata a seconda della posizione di potere o del ruolo della persona da cui vuole ottenere un beneficio. Quando vorrà ricevere l'aiuto di un pari opterà per l'auto-valorizzazione, mentre quando compete con altri per ricevere l'attenzione di una figura dotata di prestigio o di autorità adotterà una strategia di auto-promozione. In questo senso Bornstein suggerisce che il comportamento dipendente non è di per sé mal adattivo: non è cioè tale da compromettere il normale adattamento della persona alle regole o alle dinamiche della vita sociale, di cui sembra rappresentare una componente indispensabile. Non a caso alti livelli di dipendenza interpersonale sono stati associati con buone performance in ambito scolastico o negli studi universitari²¹.

64(3), 1996, 637-374. Cfr. inoltre: Bornstein R.F., *From dysfunction to adaptation: An interactionist model of dependency*, in: “Annual Review of Clinical Psychology”, 8, 2012, 291-316.

21 Bornstein R.F., Kennedy T.D. *Interpersonal dependency and academic performance*, in: “Journal of Personality Disorders”, 8(3), 1994, 240.

Capitolo 2

Dipendenza e legame sociale

2.1 L'INCERTO CONFINE TRA NORMALE E PATOLOGICO

Dalle cose dette finora si può ricavare una definizione di dipendenza come «modalità relazionale in cui un soggetto si rivolge continuamente agli altri per essere aiutato, guidato, sostenuto. L'individuo dipendente, avendo una scarsa fiducia in se stesso, fonda la propria autostima sull'approvazione e la rassicurazione altrui, ed è incapace di prendere decisioni senza un incoraggiamento esterno»¹. Non è stata tuttavia la psichiatria a elaborare il quadro teorico, o a raccogliere per prima le evidenze empiriche che hanno portato a formulare il concetto di personalità dipendente². La comparsa ufficiale di questo disturbo nel DSM-3, edito nel 1980³, era stata infatti preceduta da decenni di ricerche e indagini cliniche da parte di psicanalisti, psicologi del comportamento e psicologi sociali che, ispirandosi alla *Gestalttheorie*, avevano dato avvio, fin dai primi decenni del secolo scorso, a studi

1 Galimberti U., *Dizionario di psicologia*, Torino, Utet, 1992, p. 290.

2 Se si esclude il vasto capitolo della tossicomania, la psichiatria nel corso della sua storia recente ha indagato «la dipendenza da oggetti o da idee quando la relazione del soggetto col mondo è fortemente connotata da determinati oggetti e da determinate idee che sono poi il nucleo da cui si sviluppano impianti ossessivi e monomaniacali» *ibidem*.

3 A.P.A., *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DSM-III*, (1980), Milano, Masson, 1983.

sperimentali sul concetto di “campo” e sulla dipendenza (interpersonale e relazionale) nei gruppi e nelle organizzazioni⁴.

Da queste ricerche sono scaturiti nuovi modi di concepire il legame sociale, e sono state analizzate in maniera sempre più accurata le dinamiche di attaccamento e le forme di interdipendenza che collegano l'individuo alle istituzioni e alle reti sociali nella comunità in cui vive, in maniera di volta in volta equilibrata o conflittuale, normale o patologica.

La psichiatria ha assimilato in diversi modi le evidenze empiriche e i risultati di studi provenienti da altre aree disciplinari (ivi compresa la sociologia e l'antropologia), non potendo più pensare il soggetto scollegato dal contesto e dalle sue reti di relazioni, familiari e sociali. Questo è diventato tanto più vero dopo che, agli inizi del XX secolo, l'impianto anatomo-clinico di matrice kraepeliniana, dominante nella comunità scientifica, è stato messo in discussione da una nuova corrente di psichiatria fenomenologica, inaugurata da Karl Jaspers con la pubblicazione, nel 1913, del suo trattato di *Psicopatologia generale*⁵.

La nascita e il consolidamento, nei decenni successivi, di nuovi indirizzi e correnti di psichiatria fenomenologica ed esistenziale, ha trasformato i metodi di osservazione e l'approccio clinico mediante l'irruzione di nuovi concetti e categorie di analisi come intenzionalità della coscienza, il mondo-della-vita, spazio e tempo vissuto, slancio vitale, ecc.

Resta il fatto che tutti questi rivolgimenti non hanno modificato in profondità l'impianto positivista e biologico della psichiatria contemporanea, che continua ad essere egemone nel modo di inquadrare e classificare i disturbi mentali. Pur essendo in stretta relazione con il contesto socioculturale di cui fa parte (la *Weltanschauung*, la storia e le narrazioni, le tradizioni e i rituali, le modalità espressive e comunicative, i sistemi d'interazione sociale, le istituzioni e le leggi), nel suo concreto operare l'approccio clinico-diagnostico che abbiamo prima

4 La *Gestalttheorie* (o teoria della Gestalt) è un «indirizzo della psicologia moderna svoltosi in due distinte fasi: psicologia delle qualità formali (*Gestaltqualitäten*) e psicologia della forma (*Gestaltpsychologie*) propriamente detta. La prima fase appartiene all'ultimo decennio dell'Ottocento, e ha sede nelle università di Vienna e Graz (C. von Ehrenfels, A. von Meinong, V. Benussi) e in quella di Monaco di Baviera (H. Cornelius); la seconda, iniziata da M. Wertheimer a Berlino e poi a Francoforte e negli Usa, ha avuto i propri maggiori esponenti in W. Köhler, K. Koffka, W. Metzger e K. Lewin. Comune a tutto l'indirizzo è la critica all'elementarismo e all'associazionismo, ai quali viene contrapposta l'unità strutturata dei contenuti o quella strutturante delle attività percettive. In polemica con la psicologia associazionistica, la G. afferma che ogni percezione si presenta all'esperienza come un tutto unico, cioè come fenomeno non risolvibile in una serie di unità elementari giustapposte, nel senso che queste, nell'organizzarsi nelle strutture definitive, si modificano reciprocamente assumendo una forma individualmente determinata (Gestalt).» in *Enciclopedia Treccani on line*, voce *Gestalttheorie* (<http://www.treccani.it/enciclopedia/gestalttheorie/>, sito consultato il 29/06/2016).

5 Jaspers K., *Psicopatologia generale*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1964. Dai primi studi di Jaspers sono derivati due diversi orientamenti che sono alla base della psicopatologia fenomenologica contemporanea: da un lato la fenomenologia soggettivo-comprensiva, dall'altro quella oggettivo-eidetica, più nota come antropoanalisi o *Daseinsanalyse*.

descritto prescinde dai sistemi di valore e dalle culture locali, per raggiungere una sorta di purezza classificatoria in modo da rendere le sue categorie applicabili ovunque. In tal modo finisce con l'appiattare le sue valutazioni in idealtipi che non trovano corrispondenza nella realtà. Soprattutto offre una rappresentazione parcellizzata dei fenomeni psicopatologici, escludendo aprioristicamente dal proprio campo di osservazione e dalla propria indagine tutta quella vasta area di discorsi, esperienze, modi di fare e di essere ascrivibili alla cosiddetta normalità.

Partendo dal presupposto che ogni fenomeno assume un significato peculiare solo in relazione al contesto in cui si manifesta e si sviluppa, ci sembra necessario allargare la prospettiva includendo una serie di conoscenze e di approcci che gettano luce sulla dipendenza come campo di interazione e di significazione del legame sociale.

Come *trait d'union* tra la dipendenza come categoria diagnostica e il concreto, universale esperire di forme di dipendenza nella corso della vita, citiamo questa riflessione di Bornstein:

«La dipendenza differisce dalla gran parte degli altri tratti di personalità per il fatto di essere una caratteristica ubiquitaria dell'esperienza umana. Non tutti noi siamo estroversi, e molti di noi non sono mai stati istrionici o ossessivi, ma una volta o l'altra tutti noi siamo stati dipendenti. Al momento della nascita siamo stati dipendenti dai genitori e da altri *care givers* per la nostra sopravvivenza, e se siamo fortunati abbastanza per vivere fino a ottant'anni e oltre, ci sono buone probabilità che diventeremo dipendenti in un certo grado dagli altri per l'aiuto che ci daranno nel portare avanti le nostre attività quotidiane. Molto spesso concludiamo la nostra vita così com'è cominciata facendo affidamento su altre persone come guida, aiuto, sostentamento, e supporto»⁶.

2.2 GENESI PSICOLOGICA E PSICOANALITICA DEL CONCETTO DI "PERSONALITÀ DIPENDENTE"

Il primo modello autorevole di analisi della dipendenza, normale e patologica, è quello proposto da Freud, che in "Tre saggi sulla teoria sessuale", scritto nel 1905, definisce i tratti dipendenti di personalità come la risultate di una fissazione alla fase orale.⁷

Secondo Freud la crescita del bambino passa attraverso diverse fasi di sviluppo psicosessuale, in corrispondenza con specifiche tappe della crescita (tappe evolutive). La prima di queste fasi «è quella orale o, se vogliamo, cannibalesca. L'attività sessuale in questa fase non è ancora separata dall'assunzione di cibo, gli elementi antagonisti in seno a tale attività non sono ancora differenziati. L'oggetto di un'attività è anche quello dell'altra, la meta sessuale consiste nell'incor-

⁶ Bornstein, R. F., *From dysfunction to adaptation*, cit., p. 293.

⁷ Freud S., "Tre saggi sulla teoria sessuale", in *Opere*, Vol. IV, Boringhieri, Torino 1970, p. 506.

porazione dell'oggetto»⁸. In questa fase iniziale il nutrimento e la suzione sono le principali fonti di gratificazione e piacere del bambino, ma «ogni passo su questa lunga via di sviluppo può diventare punto di fissazione»⁹, incapacità del soggetto di superare la tappa del suo sviluppo, permanendo in una condizione di stallo di una pulsione che non trova sbocco¹⁰. Più precisamente, nel caso in cui la fase orale sia caratterizzata da frustrazione o iper-gratificazione dei bisogni, il soggetto non sarà in grado di risolvere il conflitto intrapsichico tra autonomia e dipendenza,¹¹ sviluppando una fissazione caratterizzata «dal permanere di desideri di matrice orale e da tratti di carattere spiegabili come formazione reattiva o sublimazione di questi desideri»¹². Dunque la persona con una fissazione orale esprimerà una dipendenza per il nutrimento, l'assistenza, la protezione e il supporto, e continuerà a manifestare in età adulta la propensione ad abusare dell'oralità (cibo, bere, fumo, ecc.) come fonte di gratificazione dei desideri e come difesa dall'angoscia¹³.

Alla teoria elaborata di Freud sono succeduti molti altri modelli interpretativi della genesi della personalità dipendente. Tra questi ricordiamo, nell'ambito degli studi psicoanalitici, la teoria delle relazioni oggettuali e dell'attaccamento, che conferiscono un ruolo determinante alle qualità complessive della relazione madre-bambino, e la psicologia del Sé, secondo la quale la personalità dipendente si manifesta ogni volta che il soggetto non è giunto a sviluppare una struttura psichica adeguata a causa dei ripetuti fallimenti empatici dei suoi oggetti-sé.

Infine si possono citare i modelli educativi e di apprendimento sociale elaborati dal behaviorismo, che ha focalizzato l'attenzione sul rinforzo di comportamenti di dipendenza dai genitori o da altre figure di riferimento, o – viceversa – sul rinforzo di comportamenti orientati allo sviluppo di capacità o competenze autonome del soggetto nella vita quotidiana e sociale¹⁴.

8 Ivi, p.506.

9 Ivi, p.539.

10 *Ibidem*. La dipendenza del bambino dai genitori è, secondo Freud, un fatto biologico, responsabile della formazione della personalità sia normale che patologica. Scrive Freud: «Il fattore biologico è la lungamente protratta impotenza e dipendenza del bambino piccolo. [...] Questo fattore biologico produce dunque le prime situazioni di pericolo e genera il bisogno di essere amati: bisogno che non abbandonerà l'uomo mai più», in Freud S., "Inibizione, sintomo, angoscia" (1925), in *Opere*, cit., Vol. X, p.301.

11 Bornstein R.F., *Beyond orality: Toward an object relations/Interactionist reconceptualization of the etiology and dynamics of dependency*, in: "Psychoanalytic Psychology", 13(2), 1996, 177-203.

12 Lingiardi V., *Personalità dipendente e dipendenza relazionale*, cit. p.12.

13 Bornstein R.F., *Beyond orality*, cit.

14 Sul tema cfr. Bornstein R.F., *From dysfunction to adaptation*, op. cit.; Lingiardi V., *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Milano, Il Saggiatore, 2004.

Il "behaviorism" (der. di *behaviour* «comportamento») è una teoria e scuola psicologica fondata negli Stati Uniti nel 1914 da Watson, a tuttora egemone in campo psichiatrico, specie per quanto riguarda la riabilitazione dei pazienti che presentano svantaggi, disabilità o deficit di

Di recente Bornstein ha messo a punto un modello teorico cognitivo-interazionale che individua quattro componenti principali nella valutazione della personalità dipendente:

1) *motivazionale*: eccessivo bisogno di guida, supporto e approvazione da parte degli altri;

2) *cognitiva*: percezione del soggetto di essere insicuro, incapace e inefficiente, associata alla convinzione che gli altri siano invece sicuri di sé e competenti;

3) *affettiva*: tendenza del soggetto a cadere in stati di ansia ogni volta che gli viene chiesto di pensare e agire in maniera autonoma, o quando si trova ad essere particolarmente esposto al giudizio e alla valutazione degli altri;

4) *comportamentale*: ricorso a strategie di auto-rappresentazione per rafforzare i legami con i potenziali *care-givers*¹⁵.

Sarebbero invece tre le direzioni o aree tematiche di cui tener conto per spiegare la genesi e lo sviluppo della personalità dipendente: da un lato la relazione bambino-genitori, dall'altro i *pattern* culturali di riferimento, dall'altro ancora le forme della socializzazione differenziate a seconda delle attribuzioni di ruolo e delle differenze di genere. Per quanto riguarda il primo punto, secondo Bornstein sono i genitori iperprotettivi e autoritari a favorire nel bambino lo sviluppo di un'immagine di sé vulnerabile («a helpless self-concept»¹⁶), trasmettendogli – in maniera diretta o indiretta, conscia o inconscia – l'idea di essere fragile e incapace, e che non potrà sopravvivere in un mondo pieno di pericoli senza la protezione di qualcuno più forte di lui. Ne deriva che, per ottenere l'aiuto di cui ha bisogno, il bambino dovrà imparare ad essere accondiscendente rispetto alle richieste e alle aspettative altrui. In secondo luogo sono le culture e i sistemi di credenze, variabili da un contesto all'altro, a svolgere un ruolo determinante nel modellare le forme di tolleranza o accettazione sociale della dipendenza. Nelle culture socio-centriche, come quella giapponese e indiana, le connessioni interpersonali sono considerate più importanti del successo individuale, perciò la dipendenza dagli altri è più tollerata nei soggetti adulti che non avranno difficoltà a manifestarla. Al contrario, più una cultura fa proprio l'individualismo di stampo occidentale e maggiore sarà il conflitto tra bisogni di dipendenza e aspettative di autonomia¹⁷.

Infine, secondo Bornstein, nel considerare la genesi e lo sviluppo della personalità dipendente occorre interrogare le forme della socializzazione, specie per

diversa natura. Oggetto della psicologia comportamentale sono le reazioni dell'individuo nei più svariati contesti: «il comportamento prende il posto della sensazione e della percezione della psicologia classica, il pensiero viene ricondotto all'attività muscolare impiegata per parlare, il sentimento al tono edonico dipendente dai movimenti d'intumescenza e di restrizione degli organi genitali». In *Enciclopedia Treccani* on line, voce *behaviorismo*. (<http://www.treccani.it/enciclopedia/behaviorismo/>, sito consultato il 29/06/2016)

15 Bornstein R.F., *From dysfunction to adaptation*, cit.

16 Ivi, p. 294.

17 Yamaguchi S., *Further clarifications of the concept of amae in relation to dependence and attachment*, in: "Human Development", 47(1), 2004, 28-33.

quanto riguarda le aspettative sociali di ruolo e le differenze di genere. È noto ad esempio che nel mondo occidentale la dipendenza è più tollerata nel sesso femminile, mentre i maschi sono indotti a dissimularla o a nascondersela¹⁸, come risulta chiaramente dai punteggi più alti ottenuti dalle donne nei questionari che indagano il disturbo dipendente di personalità¹⁹. Da questi questionari, e da altre ricerche condotte sui disturbi di personalità, emerge che quanto più si innalza il livello della dipendenza interpersonale, tanto maggiori sono i rischi di insorgenza di altri tipi di disturbi: depressione²⁰, stati d'ansia²¹, disturbi alimentari²², disturbi da abuso di sostanze²³.

In altre parole è molto frequente in questa casistica la comorbidità. Tuttavia, a differenza di chi soffre di altri disturbi di personalità, i soggetti dipendenti si rivolgono ai servizi di salute mentale con una frequenza molto elevata, non solo per diagnosticare malattie fisiche o disturbi psichici che potrebbero avere un'origine diversa, ma anche per ottenere supporti assistenziali e terapeutici mirati a ridurre l'impatto negativo dei loro comportamenti nelle diverse sfere di vita: la famiglia, il lavoro, il rapporto con i figli, ecc.²⁴ A motivare queste richieste concorrono diversi fattori: la maggiore esposizione di queste persone a rischi di diversa natura²⁵, la sintomatologia più intensa di malattie anche fisiche, il livello più accentuato di disabilità, ma anche – sottolinea Bornstein – la loro percezione dei sanitari come figure benevole, simil-genitoriali, di cui possono fidarsi. Questa percezione positiva può spiegare come mai, in questi specifici casi, da un lato intercorre meno tempo tra l'insorgenza di un malessere e la richiesta di aiuto sanitario, dall'altro viene espressa una buona *compliance* ai sistemi di trattamento e alle prescrizioni farmacologiche²⁶. Il rovescio della medaglia è l'uso eccessivo e ripetitivo dei servizi sanitari anche per problematiche di scarsa rilevanza clinica. Si è infatti calcolato che la quantità di prescrizioni farmacologiche e di ricoveri di

18 Bornstein R.F., *From dysfunction to adaptation*, cit.

19 Bornstein R.F., *Sex differences in objective and projective dependency tests: A meta-analytic review*, in: "Assessment", 2(4), 1995, 319-331.

20 Hammen C., *Stress and depression*, in: "Annu. Rev. Clin. Psychol.", 1, 2005, 293-319.

21 Ng H.M., Bornstein R.F., *Comorbidity of Dependent Personality Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review*, in: "Clinical Psychology: Science and Practice", 12(4), 2005, 395-406.

22 Narduzzi K.J., Jackson T., *Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis*, in: "Journal of Clinical Psychology", 56(6), 2000, 699-710.

23 O'Boyle M., *Personality disorder and multiple substance dependence*, in: "J. Personal. Disord.", 7, 1993, 342-47.

24 Bornstein R.F., *From dysfunction to adaptation*, cit.

25 Bornstein R.F., *Interpersonal dependency and physical illness: A meta-analytic review of retrospective and prospective studies*, in: "Journal of Research in Personality", 32(4), 1998, 480-497.

26 Tyrer P., Mitchard S., Methuen C., Ranger M., "Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders", in: Type R., Type S., *Journal of personality disorders*, 17(3), 2003, 263-268.

questi pazienti è mediamente più elevata rispetto a persone che presentano gli stessi problemi di salute, ma che non sono dipendenti²⁷.

Un altro dato che emerge da questi studi è che il livello di dipendenza interpersonale aumenta quando il soggetto è sensibile a rilevare i segnali più sottili della comunicazione²⁸, o quando mostra una lealtà e una dedizione eccessiva nelle relazioni sentimentali²⁹, o ancora quando nutre timori e preoccupazioni su pericoli che minacciano il partner o gli amici, verso i quali manifesta atteggiamenti protettivi talvolta invadenti³⁰. La dipendenza è infatti associata a gelosia, possessività e insicurezza: elemento che contribuisce a spiegare perché gli uomini dipendenti mettono frequentemente in atto violenze – fisiche, psicologiche, sessuali, economiche – quando temono la fine di una relazione sentimentale³¹.

A questo proposito, traendo delle conclusioni dai temi esposti in questo paragrafo, proviamo a esaminare un po' più da vicino il rapporto che sussiste tra dipendenza e attaccamento.

Come evidenziato nell'introduzione, l'appellativo "dipendente" è socialmente indesiderato a causa degli inevitabili rimandi semantici negativi. Secondo il noto psicologo e psicoanalista britannico John Bowlby «la parola "dipendenza" porta sempre con sé una connotazione negativa e tende a essere considerata come una caratteristica esclusiva dei primi anni di vita, qualcosa da cui ci si dovrebbe liberare presto crescendo. Come risultato, negli ambienti clinici è accaduto spesso che, ogni volta che il comportamento d'attaccamento si manifestava in anni successivi, veniva considerato non solo increscioso, ma perfino regressivo. Ritengo che questo sia un sorprendente errore di giudizio».³² Per rimediare a questo problema Bowlby propone di sostituire il termine dipendenza con quello di attaccamento, vale a dire «quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un'altra, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato»³³, e alla quale si attribuisce una funzione di guida e protezione.

Proseguendo sulla strada aperta da Freud, Bowlby definisce l'attaccamento per eccellenza quello che si esprime nel legame tra madre e bambino, essendo la madre la figura genitoriale che più frequentemente incarna il ruolo del care-

27 Bornstein R.F., *From dysfunction to adaptation*, cit.

28 Masling J., O'Neill R., Katkin E.S., *Autonomic arousal, interpersonal climate, and orality*, in: "Journal of Personality and Social Psychology", 42(3), 1982, 529.

29 Simpson J.A., Gangestad S.W., *Individual differences in sociosexuality: evidence for convergent and discriminant validity*, in: "Journal of personality and social psychology", 60(6), 1991, 870.

30 Miller S.M., *Interrelationships among dependency, empathy, and sharing*, in: "Motivation and Emotion", 3(2), 1979, 183-199.

31 Bornstein R.F., *The complex relationship between dependency and domestic violence: converging psychological factors and social forces*, in: "American Psychologist", 61(6), 2006, 595.

32 Bowlby J., *Una base sicura*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1989, p.11.

33 Ivi, p.25.

giver nelle diverse fasi della nascita, della crescita e dello sviluppo di un individuo. Altri autori hanno criticato questa concezione affermando che i concetti di dipendenza e attaccamento, per quanto strettamente intrecciati, non sono del tutto sovrapponibili. In molti casi la dipendenza, specie nell'adulto, può essere considerata «un atteggiamento derivato dal bisogno di attaccamento», mirato a suscitare reazioni che inducono l'altro (non inteso come soggetto specifico, ma come altro generalizzato) a offrire aiuto e guida, protezione e approvazione.³⁴

Resta il fatto che la teoria dell'attaccamento di Bowlby è stata avvalorata da molte ricerche empiriche. I bambini con un attaccamento sicuro presentano un modello di sé stabile e positivo, alti livelli di autostima, buona capacità di autoregolazione affettiva e di *coping*. Inoltre manifestano uno slancio vitale più forte e una capacità più autonoma di esplorare l'ambiente circostante. I loro punteggi, nelle scale di misurazione dei disturbi di personalità dipendente, sono decisamente bassi, tanto che sembra di poter dire che un attaccamento sicuro, sviluppato nella prima infanzia, rappresenta il miglior antidoto alla dipendenza patologica nell'adulto.

2.3 DIPENDENZA E TEORIA DELL'AZIONE SOCIALE

Cercheremo ora di analizzare la dipendenza nelle teorie dell'azione sociale e nell'approccio cognitivo facendo riferimento alle ricerche di Rita D'Amico³⁵, mentre nel paragrafo successivo proveremo a esplorare le dimensioni culturali e antropologiche della dipendenza attraverso i lavori dello psichiatra e psicanalista giapponese Takeo Doi³⁶.

Nei suoi studi Rita D'Amico sottopone a critica il concetto di dipendenza come deficit del comportamento o disturbo della personalità dell'individuo adulto, affermando che questa concezione negativa viene alimentata dalla rigida contrapposizione tra dipendenza e autonomia, tipica delle moderne società occidentali. Quanto più l'autonomia costituisce un valore universalmente riconosciuto, e un obiettivo da perseguire a ogni livello della vita sociale, tanto più la dipendenza diventa un concetto residuale, confinato nello spazio delle deviazioni dalla nor-

34 Lingiardi V., *La personalità e i suoi disturbi*, p.355.

35 Rita D'Amico è ricercatrice presso l'Istituto di scienze e tecnologie cognitive del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Gli studi a cui faremo soprattutto riferimento sono: D'Amico R., "Dipendenza e disagio psichico femminile Analisi teorica e spunti per una riflessione", in: Reale E., Sardelli V., (ed.), *Atti del I seminario internazionale sul disagio psichico della donna*, Roma Alba editore, 1988; D'Amico R., *Dependence and psychological well-being. A theoretical model and some supporting research*, paper presented at the 5th International Conference on Personal Relationships Oxford England, 1990.

36 Tra i più influenti psichiatri giapponesi, Takeo Doi ha elaborato negli anni 70 le sue riflessioni di orientamento psicoanalitico sul concetto di dipendenza affettiva come espressione peculiare della cultura giapponese nel testo: Doi T., *Anatomia della dipendenza*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991.

ma. Si tratta allora di focalizzare lo studio della dipendenza nel contesto delle relazioni interpersonali e intrapersonali, dato che, spiega D'Amico:

«la dipendenza di un individuo è il risultato di un insieme di contingenze che vanno dall'accesso o meno alle risorse per i propri scopi, al ruolo dell'altro da cui si dipende nel favorire o scoraggiare l'insorgere e il protrarsi della dipendenza stessa, ai valori culturali che sembrano avere particolari ripercussioni sia sulla persona che si percepisce come dipendente (sulla sua soggettività ed esperienza), sia su chi ha a che fare con la dipendenza altrui»³⁷.

La dipendenza dovrebbe cioè essere considerata come una condizione – oggettiva e/o soggettiva – di una persona nel momento in cui entra in relazione con un'altra in particolare (o con altre in generale), all'interno di una teoria dell'azione sociale³⁸. Nel primo caso, quello della dipendenza oggettiva, A dipende da B quando (1) ha uno o più scopi, (2) non ha le risorse necessarie per raggiungerli da solo, (3) potrebbe raggiungerli grazie all'aiuto di B che possiede le risorse in questione. In questo primo caso la condizione di dipendenza di A da B è riconosciuta sia da A che da un osservatore esterno.

Nella *dipendenza soggettiva* le cose cambiano perché si insinua il verbo “ritenere” o “credere” che rende molto più incerto il campo dell'interazione, e più aleatorio il giudizio che se ne può dare. In questo secondo caso infatti: A (1) ha uno o più scopi, (2) *crede* di non avere le risorse per raggiungerli da solo, (3) *crede* di poterli raggiungere grazie al contributo di altri che ritiene abbiano le risorse in questione.

Sono peraltro possibili situazioni nelle quali dipendenza oggettiva e soggettiva coesistono nella medesima relazione, anche se generalmente è la prima forma di dipendenza, quella oggettiva, a creare i presupposti della seconda. Nel caso in cui invece la dipendenza sia percepita solo nella mente di A, senza essere riconosciuta da un osservatore esterno, vi sarà una discordanza, o un dissidio interpretativo che si apre, tra ciò che dobbiamo considerare dipendenza soggettiva e oggettiva, e quali sono i criteri “vero” e “falso” che dobbiamo applicare.

La dipendenza soggettiva può essere falsa quando almeno una delle tre condizioni sopra riportate non corrispondono alla realtà. A questo proposito D'Amico suggerisce quattro possibili origini della “falsa assunzione” sulla propria dipendenza:

- a. in primo luogo vi può essere un'induzione di bisogni, ovvero l'assunzione da parte di A di uno scopo che prima non aveva per intervento di un'altra persona;
- b. una seconda possibilità è che A pensi di non avere le risorse necessarie per raggiungere il suo scopo, anche se ciò è falso. In questo caso può trattarsi di

³⁷ D'Amico R., *Quando la dipendenza diventa disfunzionale: un approccio interpersonale*, p.2. (<http://www.gabrieleederitis.it/wordpress/>, sito consultato il 29/06/2016).

³⁸ D'Amico R., “Sensi di colpa nei rapporti di dipendenza”, in Castelfranchi C., D'Amico R., Poggi I., *Sensi di colpa. Aspetti cognitivi, affettivi e relazionali*, Firenze, Giunti, 1994.

- una scarsa consapevolezza delle proprie capacità, o di una forma di autoinganno per usufruire del supporto di altri evitando il rischio di fallimenti, o ancora di un inganno da parte di B per ottenere la dipendenza di A nei suoi confronti e godere in tal modo di una posizione di potere nei suoi confronti;
- c. in terzo luogo è possibile che A, pur non possedendo effettivamente le risorse, pensi che ciò derivi da sue caratteristiche personali che non potranno essere trasformate o cambiate nell'immediato futuro, o rispetto alle quali il soggetto non può far nulla per riuscire ad acquisirle;
 - d. infine la dipendenza soggettiva può risultare falsa se B non possiede le risorse necessarie per conseguire lo scopo di A, ma quest'ultimo fa affidamento su di lui per una sorta di idealizzazione del rapporto, come nell'innamoramento, o perché ingannato da B che cerca di accrescere la sua influenza e il suo potere su A;

A questo proposito scrive D'Amico:

«L'analisi della dipendenza soggettiva falsa, posta in termini relazionali e non esclusivamente intra-individuali, consente di evidenziare alcuni punti interessanti. In primo luogo i vantaggi dell'essere dipendenti da qualcuno, aspetto questo già precedentemente considerato in ambito psicodinamico, ma non sufficientemente approfondito nel caso della dipendenza degli adulti. In secondo luogo, i vantaggi di chi accetta la dipendenza dell'altro da sé. È importante notare che una consapevolezza di tali vantaggi può portare a un'induzione di dipendenza soggettiva nell'altro, [...] e quindi a una relazione di dipendenza oggettiva. In terzo luogo le conseguenze che l'attribuzione della mancanza di risorse a cause interne ha sull'individuo dipendente, e cioè sia il perdurare di una condizione di dipendenza, sia l'inevitabile dipendenza da un altro»³⁹.

Nel precisare gli aspetti oggettivi e soggettivi della dipendenza, e i diversi modi in cui la dipendenza soggettiva si converte in quella oggettiva, D'Amico ricorre a una serie di parametri valutativi come la durata, la frequenza, gli scopi e le configurazioni dell'interazione reciproca tra i soggetti. Per quanto riguarda la durata, la dipendenza soggettiva può essere transitoria o stabile, e diventare oggettiva col passare del tempo. Inoltre può sussistere nei confronti di una persona in particolare (e in questo caso si parlerà di "dipendenza relazionale" vera e propria), o nei confronti di più persone ("dipendenza generale"). Soprattutto può riferirsi a uno scopo delimitato e specifico, o a più scopi di diversa natura che si confondono l'uno nell'altro.

Nel caso di una dipendenza relazionale, sebbene A sia dipendente da B per un certo numero di scopi, ciò non esclude che possa essere indipendente nel rapporto con altre persone e nel perseguire altri scopi. È importante da questo punto di vista riuscire a qualificare – caso per caso, situazione per situazione – le diverse forme che la dipendenza assume sul piano della reciprocità e simmetria tra i soggetti coinvolti nella relazione.

39 D'Amico R., "Dipendenza e disagio psichico femminile", cit., p.5.

A questo proposito D'Amico individua tre forme di relazione:

1. reciproca e simmetrica (quando A dipende da B e B dipende da A);
2. reciproca asimmetrica (quando A dipende da B per certe cose, e B dipende da A per altre);
3. asimmetrica e non reciproca (quando solo A dipende da B).

Quando una relazione di dipendenza assume una configurazione reciproca e simmetrica si parla di *interdipendenza*; tuttavia nell'evoluzione di un rapporto nel corso del tempo possono intervenire numerosi fattori a sbilanciare la relazione, spostando o polarizzando le posizioni tra i soggetti in modo da trasformare in maniera rilevante l'intero campo dello scambio interattivo e comunicativo. Ad esempio, la dipendenza asimmetrica può rafforzarsi ed estendersi al crescere del numero e dell'importanza degli scopi per cui un individuo dipende dall'altro.

Un altro elemento importante nel determinare la maggiore dipendenza di un soggetto dall'altro è rappresentato dalla diversa disponibilità di alternative, ovvero la possibilità di ottenere un'uguale gratificazione raggiungendo gli stessi scopi al di fuori della relazione. Infine va considerato l'equilibrio di potere come modulatore dell'asimmetria in una relazione di dipendenza. Scrive D'Amico a questo proposito: «In generale chi dipende in una relazione, se da una parte non ha potere di raggiungere i suoi scopi da solo (o alcuni dei suoi scopi), dall'altra può avere un potere sul partner relativamente allo scopo che quest'ultimo adotti i suoi scopi»⁴⁰.

Se condividiamo la teoria dell'azione e l'approccio cognitivo del fenomeno della dipendenza, ben rappresentati nelle ricerche di Rita D'Amico, diventa subito palese che stati e condizioni di dipendenza permeano tutte le sfere della vita quotidiana degli individui nelle società occidentali. È raro tuttavia riscontrare la consapevolezza del dipendere e dell'inter-dipendere: sono infatti molto pochi coloro che ammettono di dipendere dagli altri nella realizzazione dei propri scopi, o di agire in modo tale da far sì che un altro "adotti" i suoi scopi. «Ciò non accade – scrive D'Amico – perché le relazioni implicate in tale dipendenza sociale sono basate o su un'interdipendenza in cui ciascuno può fare qualcosa per l'altro che questi non può fare "per" o "da" se stesso, oppure su un implicito scambio economico in cui l'altro mi offre dei servizi e io in cambio gli offro del denaro. In questo modo, il fatto di pagare l'altro che mi consente di raggiungere i miei scopi, non mi fa sentire dipendente da lui»⁴¹.

In altre parole, la possibilità di scambiare o restituire l'aiuto ricevuto, con risorse di diversa natura, preserva l'autostima del soggetto nel senso che non gli sottrae la percezione della propria libertà e autonomia. Infatti, nella contrapposizione di cui prima abbiamo parlato tra autonomia e dipendenza nelle società occidentali, la persona che, avendo fatto proprio l'ideale dell'autonomia diventa consapevole di essere dipendente dagli altri, si sentirà fatalmente incapace o inadeguata.

⁴⁰ D'Amico R., *Quando la dipendenza diventa disfunzionale*, cit. p. 4.

⁴¹ D'Amico R., *Dipendenza e disagio psichico femminile*, cit., p. 6.

In quest'ultimo paragrafo il concetto della dipendenza viene riconsiderato in una prospettiva transculturale, alla luce del fenomeno giapponese dell'*amae*. Base di partenza per questa riflessione è il libro *Anatomia della dipendenza*, nel quale lo psichiatra e psicoanalista giapponese Takeo Doi propone l'*amae* come «concetto chiave per comprendere sia la struttura psicologica dei giapponesi in quanto individui, sia quella della società giapponese nel suo complesso»⁴². Nella nostra esposizione assumeremo dunque il caso giapponese come un esempio di come la dimensione culturale risulti determinante nella percezione dei fenomeni sociali che si manifestano all'interno e all'esterno del gruppo.

Amae significa abbandonarsi fiduciosamente in una posizione di dipendenza passiva dall'altro, mentre il verbo *amaeru* indica un atteggiamento positivo nei confronti dello spirito di dipendenza, ovvero la possibilità di approfittare dell'indulgenza dell'altro contando sull'esistenza di un rapporto privilegiato. Nella lingua giapponese esiste anche un termine specifico, *uramu*, per esprimere l'ostilità provocata dal rifiuto del proprio *amae*, e quindi per l'essere lasciati in una condizione di abbandono affettivo.

L'interesse di Doi per quest'area semantica è maturato mentre svolgeva un training di formazione e lavoro negli Stati Uniti, nel corso del quale aveva sperimentato per la prima volta un forte senso di disagio a contatto con il modo occidentale di pensare, sentire e comportarsi nelle relazioni interpersonali. Pur rispettando gli standard di cortesia e premura, i suoi ospiti gli apparivano troppo diretti nei suoi confronti, là dove invece la cultura giapponese avrebbe imposto maggior tatto nell'anticipare i bisogni dell'altro, mettendolo a suo agio. Non si trattava, racconta Doi, di una semplice questione di abitudini o di educazione; la differenza era più profonda e consisteva in una radicale diversità di concepire e vivere le relazioni sociali.

Le lingue occidentali faticano a definire quello che per un giapponese è un agire rispettoso e premuroso nei confronti dell'altro, pieno di *amaeru*; lo ritengono anzi un comportamento troppo ossequioso e imbarazzato. «In Occidente – scrive Doi – dove si insiste sulla libertà dell'individuo, la gente ha sempre disprezzato il tipo di dipendenza emotiva che l'*amae* comporta. Anzi non esiste nemmeno un termine adeguato per designare questo tipo di emozione»⁴³. Ed è la scoperta di questo vuoto lessicale nelle lingue europee a motivare l'avvio dei suoi studi sulla dipendenza affettiva; studi nel corso dei quali assegna un ruolo centrale al concetto di *amae* nella comprensione della società e della cultura giapponese⁴⁴.

42 Doi T., *Anatomia della dipendenza*, cit., p. 33.

43 Doi T., op.cit., p.89.

44 Nel suo libro Doi sostiene, con diversi autori, che il carattere di un popolo deve manifestarsi nella sua lingua. In particolare, riprende il pensiero di Benjamin Lee Whorf che «ogni lingua è

Per Takeo Doi l'*amae* rappresenta l'essenza dell'ideologia del suo popolo: «insieme di idee, concetto dominante che costituisce la base effettiva o potenziale di un sistema sociale nel suo complesso»⁴⁵. Nella cultura giapponese i rapporti fondati sulla dipendenza affettiva dagli altri sono integrati nel sistema sociale, di cui costituiscono la nervatura riconosciuta e accettata a ogni livello, da quello familiare a quello nazionale. L'*amae* può essere quindi considerato il fattore essenziale che facilita e sostiene il legame di gruppo, contribuendo a rafforzare la coesione sociale che rappresenta una caratteristica universalmente riconosciuta del Giappone.

Da questo punto di vista anche la rigida verticalità dei rapporti sociali sarebbe una conseguenza della predisposizione dei giapponesi all'*amae*, il fatto cioè di accettare senza complessi di inferiorità una posizione di benevola sottomissione, che stimola e garantisce l'indulgenza del superiore – sia esso il genitore o il capo-responsabile nel luogo di lavoro.

Nonostante l'*amae* segua in genere una via ascensionale di espressione, anche i soggetti che occupano posizioni di potere possono esprimere liberamente questo sentimento, senza che il loro riconoscimento sociale venga sminuito. La figura dell'imperatore è da questo punto di vista emblematica: pur rappresentando il vertice gerarchico supremo della nazione, colui da cui tutti dipendono, è proprio l'imperatore a incarnare la dipendenza infantile allo stato puro, dato che nessuno più di lui dipende completamente da coloro che lo circondano nel soddisfare ogni più elementare bisogno. È una concezione del sovrano radicalmente opposta a quella della tradizione occidentale, nella quale il potere regale è stato per secoli considerato assoluto, sciolto cioè da qualsiasi relazione di dipendenza nel rapporto con i propri sudditi.

Quello che Doi descrive è il Giappone dei primi anni 70, una nazione che sta attraversando il periodo dei grandi cambiamenti politici, economici e sociali del secondo dopo guerra, quando la messa in discussione delle tradizioni più antiche e solide rappresentava un elemento di crisi per l'intera società giapponese. A questo proposito, Doi afferma che «l'abbandono delle restrizioni ideologiche imposte dal sistema imperiale e familiare non aveva favorito, almeno indirettamente, la causa dell'individualismo, ma, distruggendo i canali tradizionali dell'*amae*, aveva contribuito piuttosto a fomentare la confusione spirituale sociale».⁴⁶

Viceversa nell'Occidente moderno domina l'ideologia dell'indipendenza e lo spirito di fiducia in se stessi, così com'è ribadito nel popolare proverbio “aiutami che Dio ti aiuta”. È in nome di questa ideologia che i rapporti di dipendenza

un vasto sistema strutturale, diverso da altri, in cui sono ordinate culturalmente le forme e le categorie, con cui la persona non solo comunica, ma analizza la natura, nota o trascura certi tipi di relazioni e di fenomeni, incanala il suo ragionamento e costruisce l'edificio della coscienza». Whorf B., *Linguaggio, pensiero e realtà*, tr.it Boringhieri, Torino, 1970, p. 211.

45 Doi T., op. cit., p. 60.

46 Ivi, p.27.

finiscono per rappresentare una forma immatura e stigmatizzata di relazione sociale.

Da questo punto di vista, Doi ritiene che le differenze tra Giappone e Occidente abbiano un fondamento nel diverso rapporto genitori-figli. Ipotizza in particolare che la figura autoritaria del padre sia alla base del modo di pensare e di sentire dell'uomo occidentale: le relazioni interpersonali si costruirebbero sempre sullo scheletro di questo potere primigenio, caratterizzato da sfumature di assolutismo e insindacabilità. È a causa di questo marchio iniziale che l'uomo occidentale rifuggirebbe dalla dipendenza dall'altro, vissuta come posizione di totale subordinazione, e cercherebbe nell'individualismo una possibilità di autonomia e sicurezza. Nel mondo giapponese, invece, è la madre a costituire il fondamento dell'esperienza, imprimendo alle relazioni interpersonali il carattere dell'amore incondizionato: poiché tutto è accettato senza difficoltà e senza domande, è possibile abbandonarsi all'altro con fiducia. La radice etimologica di *amae* risiederebbe infatti nell'espressione infantile *uma-uma*, che indica la richiesta di seno materno del bambino che ha iniziato a rendersi conto della sua separazione dalla madre. Si tratta quindi di un tentativo di negare il distanziamento dall'altro indulgendo in una relazione fusionale e regressiva.

Capitolo 3

La dipendenza istituzionale in Goffman, Basaglia e Foucault

3.1 UN PERCORSO A RITROSO

In questo capitolo intendiamo risalire all'origine del concetto di dipendenza istituzionale in psichiatria. Partiremo dal momento della denuncia pubblica, lo scandalo che raggiunse il suo culmine nella seconda metà degli anni 60, quando nel civile e progredito mondo occidentale si prese atto per la prima volta del fiorire infestante della dipendenza istituzionale tra gli internati dei manicomi, spianando la strada ai movimenti riformatori che, a partire dall'immediato dopoguerra, erano stati avviati da avanguardie di tecnici in diversi paesi europei.

Saranno le testimonianze, le indagini e le riflessioni elaborate da importanti studiosi di quel periodo a guidarci nella ricostruzione del fallimento della psichiatria manicomiale, che fin dal suo primo costituirsi, agli inizi del XIX secolo, aveva avallato con giustificazioni tecniche e scientifiche la segregazione dei malati di mente, privandoli dei loro diritti.

Con Erving Goffman percorreremo le tappe della genesi della dipendenza nel cuore delle "istituzioni totali": i meccanismi e le strategie attraverso cui l'internato viene spogliato di ogni iniziativa e reso docile al sistema opprimente dell'ospedale psichiatrico. Un sistema – come vedremo subito dopo con Basaglia – funzionale a preservare la società capitalistica dai suoi "mostri", o prodotti di scarto, governato da una disciplina che nel fornire un avallo all'esclusione contribuisce di fatto a occultare le disuguaglianze e a negare le contraddizioni sociali. La di-

pendenza del malato dall'istituzione viene concettualizzata da Franco Basaglia come il frutto maturo di un coacervo di poteri e interessi al tempo stesso politici, amministrativi e professionali. Il gesto che isola e rinchiude gli alienati poveri, e insieme a loro tutta una massa indifferenziata di devianti o disabili, ha per Basaglia implicazioni e significati che investono la sfera giuridica e morale, i sistemi di valore e le antropologie locali. Da qui l'appello lanciato a tutti i tecnici che si prestano a giustificare, con il loro lavoro, la realtà di un internamento concentrazionario dove la cura si confonde con la custodia, la malattia con la colpa.

Nell'esplorare questi poteri siamo stati spinti a risalire alle origini del paradigma asilare, per come si è costituito negli stati moderni a partire dal gesto di Pinel di liberare i folli dalle loro catene. Così infatti li aveva trovati, incatenati nelle segrete di Bicêtre e nelle celle della Salpêtrière, rinchiusi insieme ai criminali, ai poveri, ai disoccupati e ai vagabondi. Pinel, che non era psichiatra, inaugura con il suo gesto un nuovo spazio che non sarà più di internamento indifferenziato, nel quale la follia dovrà essere curata come una malattia alla pari delle altre.

In questo viaggio a ritroso ci faremo guidare da Michel Foucault che, rovesciando il significato della "liberazione dei folli" da parte di Pinel, coglie nel suo gesto il primo esempio storico di una radicale dipendenza del soggetto da un'istituzione e da una disciplina medica che affida, al suo potere sovrano sul malato, la possibilità stessa della cura e della guarigione.

Dopo l'emanazione in Francia, nel 1838, della prima legge istitutiva del "nuovo ordine psichiatrico"¹, *l'asyle des aliénés* diventerà il laboratorio ideale per osservare i sintomi della monomania, mentre nel frattempo verranno assecondate le istanze poliziesche, giuridiche e politico-amministrative che, all'indomani della rivoluzione, erano impegnate a espellere dal campo sociale tutti i fenomeni che avrebbero potuto fomentare le lotte e le rivolte delle "classi pericolose"². Seguendo Foucault potremo dunque osservare in che modo il seme della dipendenza sia stato conficcato nella psichiatria ai suoi esordi, prima di germogliare nelle istituzioni totali che, a distanza di poco più di un secolo, Goffman descriverà magistralmente nel suo luogo soggiorno come ricercatore presso il St. Elisabeth's Hospital di Washington.

Con questa esplorazione storica del concetto di dipendenza intendiamo ricostruire due opposti percorsi che nella psichiatria si intersecano. Da un lato definire i modi, gli strumenti e le strategie attraverso cui le istituzioni possono produrre, nel soggetto loro affidato, una condizione di dipendenza da un potere disciplinare, anonimo e al tempo stesso sovrano. Dall'altro delineare le tappe attraverso cui proprio questa dipendenza diventa, nel corso del XX secolo, oggetto di denuncia e di analisi critica non solo dell'istituzione psichiatrica, ma delle istituzioni in generale – sanitarie, assistenziali, educative, ecc.

1 Castel R., *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Éditions de Minuit, Paris 1976 [trad. it., *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli, 1980].

2 La definizione "classi pericolose" è di R. Castel, appena citato.

Gli autori qui citati hanno utilizzato molto di rado nei loro scritti il termine dipendenza; questo non significa che non lo abbiano indagato come una caratteristica strutturale dell'istituzione manicomiale, basata di per sé su un atto di delega e cessione del corpo (e spesso dell'intera vita) del malato di mente al potere psichiatrico.

3.2 LA SCOPERTA DELLA DIPENDENZA ISTITUZIONALE

Nel 1966 Jack Zusman, membro del National Institute of Mental Health³, pubblica un articolo intitolato "Some explanations of the changing appearance of psychotic patients"⁴, nel quale segnala un radicale e rapido cambiamento nella presentazione clinica dei disturbi mentali, che in breve tempo stava relegando alcune delle più solide certezze nosografiche ai margini del sapere psichiatrico. Fino a pochi anni prima si riteneva che la schizofrenia fosse destinata a un decadimento progressivo e inarrestabile verso una condizione di ritiro autistico, incontinenza, perdita di autocontrollo e completa disabilità sociale. I vecchi psichiatri continuavano a riferirsi ad essa chiamandola *dementia praecox*, il termine coniato da Kraepelin verso la fine dell'800 per compendiare una serie di quadri clinici caratterizzati da un esordio precoce e da un esito infausto⁵. Ma ecco che ora improvvisamente la schizofrenia, come altri disturbi mentali che in genere comportavano il ricovero e l'internamento negli ospedali psichiatrici, stava mutando il suo statuto clinico-sociale, diventando una malattia che poteva essere trattata e curata in ambito extra-ospedaliero, specie nelle comunità terapeutiche che stavano diffondendosi ovunque.

Questi cambiamenti, proseguiva Zusman, erano la conseguenza di due fenomeni che stavano prendendo piede. Il primo era la trasformazione strutturale e organizzativa in atto in alcune istituzioni psichiatriche. Le inferriate alle finestre, l'arredo pesante fissato ai muri, i pavimenti in cemento facili da lavare, l'odore di urina, i sistemi di contenzione meccanica: tutti questi elementi venivano ora progressivamente sostituiti dalle porte aperte, dal mobilio moderno e da

3 Il National Institute of Mental Health (NIMH), è stato creato nel 1949 come una delle componenti del National Institute of Health (NIH), fondato vent'anni prima, nel 1930, come agenzia di ricerca biomedica al diretto servizio del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani del governo degli Stati Uniti.

4 Zusman J., *Some explanations of the changing appearance of psychotic patients: Antecedents of the social breakdown syndrome concept*, in: "The Milbank Memorial Fund Quarterly", 44(1), 1966, pp. 363-394.

5 Nel suo Trattato di psichiatria (1883) Kraepelin distingueva la *dementia praecox* dalle demenze organiche, che insorgevano tra i 50 e i 60 anni, e dalle forme di psicosi che, pur presentando episodi acuti, avevano un decorso meno infausto e non approdavano alla demenza. Sarà Bleuler, nel 1911, a proporre la denominazione di schizofrenia, evidenziando che «l'esito demenziale non è né specifico né necessario, ma anzi particolarmente raro e accidentale». Sul tema cfr. Gaston A., *Genealogia dell'alienazione*, Milano, Feltrinelli, 1987.

un'atmosfera più familiare nella quale era difficile a volte distinguere i pazienti dagli operatori.

Il secondo elemento di novità era la diffusione e il crescente impiego degli psicofarmaci (neurolettici e sedativi) nel trattamento dei disturbi psicotici⁶. Tuttavia, chiosava Zusman, il cambiamento del quadro sintomatologico dei disturbi mentali aveva cominciato a manifestarsi prima dell'introduzione degli psicofarmaci, in tutti quegli ospedali nei quali erano stati eliminati i sistemi di contenzione fisica, e dove i metodi di trattamento erano stati contaminati da forme di partecipazione o di condivisione della responsabilità della cura da parte di pazienti. Il decorso delle malattie mentali continuava invece ad essere tragicamente infausto là dove il sistema istituzionale conservava inalterate le sue regole punitive e le sue strutture gerarchiche.

Le osservazioni di Zusman suonano come la conferma a posteriori – nel momento, cioè, del suo declino – di un fenomeno che diversi autori avevano osservato e descritto nei loro studi già a partire dalla fine degli anni 30. Come scriverà Barton nel 1972, si trattava di un fenomeno difficile da qualificare, una condizione sperimentata dal malato nelle istituzioni chiuse che finiva con l'alterare il quadro sintomatologico e il decorso della malattia. Questo fenomeno veniva riscoperto continuamente, anno dopo anno, e ribattezzato ogni volta con nomi diversi. Gli unici punti su cui tutti gli autori concordavano erano, da un lato, riconoscere gli stessi segni o "sintomi" come trasversali a diverse patologie, dall'altro identificare nell'istituzione manicomiale, nei suoi elementi strutturali e organizzativi, il principale fattore eziologico⁷.

Per primo, nel 1939, era stato il neurologo e psichiatra americano Abraham Myerson a evidenziare che il trattamento ospedaliero dei pazienti schizofrenici produceva un *prison stupor* che, intrecciandosi ai sintomi autistici e di ritiro dai rapporti col mondo esterno, rafforzava uno stato di vuoto motivazionale⁸. Parecchi anni dopo, nel 1955, un altro psichiatra, Dennis Martin, segnalava che l'espressione "istituzionalizzato" ricorreva con frequenza nelle cartelle cliniche dei manicomi per indicare uno stato di sottomissione, apatia e perdita di individualità del paziente⁹. Quando dunque si diceva che un paziente era "ben istituzionalizzato" si intendeva significare che aveva smesso di ribellarsi o lottare contro quella che considerava l'ingiustizia del ricovero, la perdita della libertà e dei diritti sociali, arrendendosi alle regole della vita istituzionale. Ogni volta che

6 Sono stati due neuropsichiatri francesi, Jean Delay e Pierre Deniker, a dimostrare nei primi anni 50 le proprietà antipsicotiche, anti-deliranti e anti-allucinatorie della clorpromazina, dopo che il chirurgo Henry Laborit si era accorto delle potenti proprietà ansiolitiche del farmaco applicato come rilassante muscolare in sala operatoria.

7 Barton R., *Institutional Neurosis*, in: "British Medical Journal", 1(5798), 1972, p. 505.

8 Myerson A., *Theory and principles of the "total push" method in the treatment of chronic schizophrenia*, in: "American Journal of Psychiatry", 95(5), 1939, pp. 1197-1204.

9 Martin D. V., *Institutionalisation*, in: "The Lancet", 266(6901), 1955, pp. 1188-1190.

lo staff elogiava il suo atteggiamento collaborativo stava in realtà apprezzando la sua docilità alle imposizioni e agli ordini, e non la sua consapevole partecipazione al processo terapeutico.

Già questo scritto di Martin evidenziava come gli effetti dell'istituzionalizzazione non fossero ascrivibili al disturbo mentale. Era infatti stato accertato che i pazienti che presentavano una personalità fragile, mancanza di interessi e di relazioni sociali, o problemi socio-economici, si adattavano molto più facilmente alla regole istituzionali, dato che nell'ospedale trovavano sollievo sia dai sintomi della malattia che da condizioni di vita precarie. La riduzione dell'ansia, conseguente alla delega di responsabilità nella cura di sé, portava il ricoverato a dipendere sempre di più dall'istituzione. Senza rendersene conto finiva con l'essere interamente assorbito nell'organizzazione dell'ospedale che gestiva per lui i tempi e le attività, provvedendo a soddisfare i suoi bisogni al punto da fargli sentire come meno desiderabile la libertà di cui avrebbe goduto nel mondo esterno. A rafforzare il processo di istituzionalizzazione contribuivano i rapporti fortemente asimmetrici tra i ricoverati e lo staff medico-infermieristico, basati su un sistema molto articolato di punizioni e ricompense, e la terapia occupazionale, mirata più al buon funzionamento dell'ospedale che alla riabilitazione dei pazienti.

Ma bisognerà aspettare fino al 1959 per trovare una descrizione accurata e completa del fenomeno dell'istituzionalizzazione come un insieme di sintomi che si inscrivono a pieno titolo nella storia nosografica del paziente. È infatti in quell'anno che il medico inglese Russel Barton pubblica "La nevrosi istituzionale", un testo nel quale descrive una sindrome caratterizzata da apatia, mancanza di iniziativa, perdita di interesse per le cose che non lo riguardano personalmente, sottomissione o "sudditanza", apparente incapacità di fare piani per il futuro, mancanza di individualità e talvolta una caratteristica postura e andatura¹⁰.

Barton riconosceva che questi sintomi costituivano un disturbo autonomo, diverso da quello per cui la persona era stata ricoverata. Il disturbo si manifestava nella maggior parte dei casi di schizofrenia (ma anche di depressione o di demenza organica) dopo soli due anni di ospedalizzazione continuata. Che fosse un disturbo autonomo era provato dal fatto che rispondeva al trattamento in modo diverso dal disturbo mentale iniziale della persona. Sugeriva quindi le possibili cause¹¹, la prognosi¹² e un trattamento¹³.

10 Barton R., *Institutional Neurosis*, John Wright, Bristol, 1959.

11 Perdita di contatto con il mondo esterno, indolenza obbligata e sottrazione di responsabilità, autoritarismo dello staff medico e infermieristico, mancanza di amici personali, di proprietà e di eventi personali, farmaci, atmosfera del reparto e perdita di prospettive fuori dall'istituzione.

12 La nevrosi istituzionale persisteva anche alla risoluzione del disturbo mentale qualora il soggetto continuasse a vivere nell'ospedale psichiatrico, o se l'ospedale psichiatrico non mutava stile organizzativo.

13 Il trattamento consisteva nel ristabilire contatti con la famiglia e la comunità di appartenenza, stimolando i pazienti ad essere più attivi, riducendo il dislivello di potere con lo staff medico e infermieristico, incoraggiando le relazioni interpersonali e concedendo maggiori spazi di au-

La nevrosi istituzionale, secondo Barton, non era presente solo nei ricoverati degli ospedali psichiatrici, ma si manifestava anche nelle persone rinchiusi nei campi di concentramento, negli orfanotrofi, nelle carceri, nei sanatori per tubercolotici. Era quindi un fenomeno svincolato dal disturbo mentale. Rispondendo a una contestazione sull'uso del termine "nevrosi istituzionale"¹⁴, Barton precisa che l'istituzione potrebbe non essere la sola causa della sindrome da lui descritta, e di aver preferito il termine "nevrosi" a quello di "psicosi" perché la sindrome non interferisce con la capacità del paziente di distinguere tra realtà e fantasia. Al contrario la passività, adattando l'individuo alle richieste dell'istituzione, impedisce o rende sempre più improbabile il suo reinserimento e ri-adattamento nel mondo esterno.

Per restare in Inghilterra, negli anni successivi sarà il famoso epidemiologo John Wing a sviluppare in molti suoi studi il concetto di istituzionalizzazione¹⁵, mentre altri autori, come ad esempio D. J. Vail nel 1966¹⁶, e soprattutto David Cooper nel suo celebre libro "Psychiatry and Anti-Psychiatry" del 1967¹⁷, sottopongono ad analisi i sistemi di cura mettendo in luce i processi di "disumanizzazione" sottesi al ricovero e al trattamento delle malattie mentali.

Tra gli autori di questo periodo sarà tuttavia il sociologo Erving Goffman, con il libro "Asylums" pubblicato negli Stati Uniti nel 1961, a sottrarre il tema dell'istituzionalizzazione al circolo chiuso delle riflessioni tra tecnici. Descrivendo i meccanismi di esclusione e violenza sottesi alle istituzioni totali (ospedali psichiatrici, campi di lavoro, prigioni, caserme, ospizi per vecchi, istituti per handicappati, conventi, ecc.), Goffman offre un repertorio di definizioni e di concetti che si rivelerà essere di estrema utilità e importanza per i nascenti movimenti di critica e lotta contro i manicomi¹⁸.

tonomia, riducendo l'utilizzo di farmaci e migliorando gli ambienti dell'ospedale, progettando concretamente il rientro della persona nella comunità al di fuori dell'ospedale.

14 Barton R., *Institutional neurosis*, cit.

15 Wing J.K., "Institutionalism in mental hospitals", in: *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1(1), 1962, pp. 38-51. Wing è anche autore, insieme a George W. Brown, di un famoso studio sul rapporto tra schizofrenia e istituzionalizzazione, condotto in tre ospedali psichiatrici inglesi comparando il flusso dei ricoveri tra il 1960 e il 1968. Il libro, pubblicato nel 1970 dalla Cambridge University Press, è intitolato *Institutionalism and Schizophrenia. A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968*.

16 Vail D.J., *Dehumanization and the institutional career*, CC Thomas, 1966.

17 Cooper D., *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, Tavistock Publications, London 1967 [Trad.it. *Psichiatria e antipsichiatria*, Roma, Editore Armando Armando, 1969].

18 Goffman E., *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, 1961, [trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 2010]. Erving Goffman, di origini canadesi ma naturalizzato americano, è considerato l'inventore di un metodo etnografico nell'analisi del Self. Anche *Asylums* può essere considerata una delle tante *Goffman's Self-Ethnographies*. Termine difficilmente traducibile, il Self non ha un corrispettivo nella cultura europea. Secondo la definizione che ne ha dato George Herbert Mead, uno degli esponenti più importanti dell'interazionismo simbolico alla cui scuola Goffman si è

3.3 GOFFMAN E I MECCANISMI DELLE ISTITUZIONI TOTALI

«Nella società occidentale ci sono tipi diversi di istituzioni, alcune delle quali agiscono con un potere inglobante – seppure a volte discontinuo – più penetrante di altre. Questo carattere inglobante o totale è simbolizzato nell'impedimento allo scambio sociale e all'uscita verso il mondo esterno, spesso concretamente fondato nelle stesse strutture fisiche dell'istituzione: porte chiuse, alte mura, filo spinato, rocce, corsi d'acqua, foreste e brughiere. Questo tipo di istituzioni io chiamo *istituzioni totali*»¹⁹.

È con queste parole che, in apertura del suo libro, Goffman definisce l'oggetto che si accinge a descrivere. Poco prima aveva già offerto precise indicazioni su come misurare il perimetro dell'istituzione, e l'area su cui estende il suo potere inglobante.

«Ogni istituzione si impadronisce di parte del tempo e degli interessi di coloro che da essa dipendono, offrendo in cambio un particolare tipo di mondo: il che significa che ogni istituzione tende a circuire i suoi componenti in una sorta di azione inglobante. Questa azione inglobante dell'istituzione può essere più o meno estesa o limitata in relazione a due attributi: il *raggio di portata* (l'ammontare di tempo e di attività che l'istituzione controlla) e la *permeabilità* (l'ammontare delle relazioni col mondo esterno che l'organizzazione dell'istituzione consente ai propri membri). Mentre la maggior parte delle istituzioni ha un raggio di portata minimo e una massima permeabilità, il contrario accade con le istituzioni totali. Infatti, caratteristica principale delle istituzioni totali è la rottura delle barriere che abitualmente separano le diverse sfere di vita di un individuo e la perdita dei diversi ruoli che ciascuno sperimenta e di cui ha bisogno nella costruzione del Sé»²⁰.

Nell'istituzione totale, continua Goffman, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità; inoltre ogni attività quotidiana si svolge a contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e obbligate a fare le stesse cose. In un contesto in cui tutto ciò che accade «è imposto dall'alto, da un sistema di regole formali esplicite e da un corpo di addetti alla loro esecuzione (staff, personale)»²¹, anche le fasi delle attività sono rigorosamente schedate secondo sequenze e ritmi prestabiliti. Il loro carattere forzato, e il modo in cui le attività sono organizzate obbedisce a un «unico piano razionale, finalizzato ad adempiere gli scopi ufficiali dell'istituzione». Ed è pro-

formato, «il Self non è di nostra proprietà: è un compromesso tra le immagini che gli altri si costruiscono di noi, su cui fanno leva nel rapporto con noi anche per attaccarci, e le immagini che costruiamo di noi stessi nello sguardo degli altri, e che possiamo a nostra volta manipolare e usare, per difenderci o per attaccare. Come se fosse un imballaggio: una maschera che ci permette di stare nelle interazioni pubbliche e sociali potendo regolare il nostro grado di esposizione». In Gallio G. (ed.), *Cura e partecipazione*, cit., Vol. I, p.26.

19 Goffman E., *Asylums*, cit., p.34.

20 Ivi, p. 33-34.

21 Ivi, p. 35-36.

prio su questo punto, la coerenza tra ciò che l'istituzione realmente fa e ciò che dichiara di fare, che Goffman individua una contraddizione insanabile:

«Le istituzioni totali sembrano funzionare come un semplice ammasso di internati, ma usano presentarsi al pubblico come organizzazioni razionali, designate al raggiungimento di alcuni fini ufficialmente dichiarati e approvati. Obiettivo ufficiale degli ospedali psichiatrici ad esempio è la cura, la riabilitazione e la guarigione degli internati. Questa contraddizione fra *ciò che l'istituzione fa* e *ciò che sostiene di fare* costituisce il significato fondamentale dell'attività quotidiana dello staff in una istituzione totale»²².

Per realizzare la sua ricerca Goffman sceglie come campo di osservazione l'ospedale psichiatrico, considerato paradigmatico del funzionamento di tutte le altre istituzioni totali. Di tutto ciò che vi accade vuole in particolare descrivere la posizione che occupa l'internato, i meccanismi che agiscono sul suo corpo o che deformano la sua cultura e la sua identità, il tipo il legame che instaura con l'istituto e il modo in cui riesce a interporre una distanza tra sé e gli altri, o meglio tra l'immagine che ha di sé e i sistemi di aspettative che gravano su di lui.

Perciò Goffman decide di trascorrere un anno nel St. Elizabeth's Hospital di Washington, sotto le mentite spoglie di un maestro di ginnastica, ed è così che raccoglie informazioni sul campo, osservando e annotando giorno per giorno i comportamenti degli internati e dello staff²³.

Nel primo dei quattro saggi che compongono "Asylums", Goffman descrive il processo di mortificazione del Self dell'internato sotto forma di un «progressivo mutamento del tipo di credenze che l'individuo ha su di sé e su coloro che gli sono vicini»²⁴. È un processo messo in moto da una serie di umiliazioni, degradazioni e profanazioni del sé tipiche di tutte le istituzioni totali; una sorta di liturgia iniziatica al mondo segregato e chiuso, le cui tappe vengono riassunte da Goffman in due passaggi fondamentali: la fase del predegente e quella del degente.

Nella *fase del predegente* si realizza il progressivo distacco dell'individuo dalla vita familiare e sociale, in corrispondenza con la perdita di ruoli e di diritti. Fase di solito breve, caratterizzata dai seguenti aspetti:

1. l'individuo che sente di impazzire, o che trasgredisce le norme sociali, viene riconosciuto come portatore di sintomi psichiatrici nel suo contesto di vita;
2. in questo percorso si evidenziano quelle che Goffman chiama "contingenze di carriera", una serie di fattori che possono facilitare o ostacolare il giungere del soggetto all'osservazione medica e psichiatrica;

²² *Ibidem*.

²³ Alla metà degli anni 50, quando Goffman decide di realizzare la sua ricerca sulle istituzioni totali, gli internati nei manicomi statunitensi erano 550.000, un picco mai prima raggiunto. In particolare il St. Elizabeth's Hospital di Washington era superaffollato, giungendo a contenere fino a 4.400 ricoverati. È per contrastare questa crescita inesorabile che in molti stati federali si avvia una politica di drastico ridimensionamento degli ospedali psichiatrici.

²⁴ Ivi, p.44

3. entrano in scena una serie di attori (l'accusatore, la persona di fiducia, il testimone) e di istituzioni (il medico di medicina generale, la polizia, la magistratura, ecc) che determinano il cambiamento del suo statuto sociale da "cittadino" a "malato-degente";
4. vengono messe in atto una serie di strategie, esplicite o nascoste, che concorrono a "scatenare" la decisione del ricovero psichiatrico.

La *fase del degente* può invece durare un tempo lungo o indefinito, ed è caratterizzata da sei tappe o passaggi:

1. procedure di ammissione nell'istituzione: pratiche burocratiche che consistono nello spogliare l'individuo di ogni possesso, in modo da plasmarlo come un oggetto che può essere dato in pasto al meccanismo amministrativo;
2. perdita definitiva dei ruoli familiari e sociali dell'individuo, fino alla cosiddetta "morte civile", conseguenza della sua completa separazione dal mondo esterno;
3. somministrazione di quelli che Goffman chiama i "test di obbedienza", mediante i quali lo staff si assicura l'accondiscendenza dell'internato, garantendogli una serie di privilegi se collabora al buon funzionamento dell'istituzione;
4. sostituzione di tutto ciò che il soggetto possiede come contrassegni della sua identità, con oggetti standardizzati e uniformi che, oltre a privarlo della sua individualità somatica, gli impediscono di gestire autonomamente il suo aspetto fisico e la sua immagine di sé;
5. perdita del senso di sicurezza personale, mediante un sistema di punizioni fisiche e di umiliazioni verbali (o, viceversa, di premi);
6. esposizione contaminante del sé, messa in atto nelle riunioni terapeutiche e nelle confessioni cliniche, e contaminazione del corpo con la sporcizia dell'ambiente promiscuo e i rapporti forzati con gli altri internati.

Il perdurare ineluttabile di questi meccanismi, il loro ripetersi e sovrapporsi in un gioco di resistenze e di rivolte destinate a fallire, contribuisce a strutturare quella che Goffman chiama "la carriera morale del malato di mente": un percorso di radicale cambiamento che coinvolge non solo «i meccanismi interni, gelosamente custoditi, come l'immagine di sé e il sentimento d'identità»²⁵, ma anche la posizione giuridica e lo stile di vita del soggetto.

Goffman precisa che questa carriera è assicurata a chiunque entri nell'ingrasso dell'ospedale psichiatrico, a prescindere dai suoi tratti di personalità e dal disturbo di cui soffre. Qualunque sia la sua esperienza e la sua storia, ogni individuo si troverà ad affrontare i medesimi ostacoli, e vivendo circostanze analoghe reagirà allo stesso modo degli altri.

È una condizione di esistenza così uniforme che è possibile delineare un profilo comune di tutti coloro che si trovano a essere rinchiusi in un'istituzione

²⁵ Ivi, p.153.

totale. Muovendo da questo presupposto Goffman giunge ad affermare che gli effetti derivanti dalla carriera di malato «possono essere tenuti distinti da quelli cui va incontro una persona con caratteristiche che un clinico potrebbe descrivere o definire come psicopatologiche»²⁶.

Anche se questa affermazione sembra evocare la differenza che Barton stabilisce tra i sintomi dell'*institutional neurosis* e quelli propri del disturbo mentale, Goffman con ogni probabilità allude a un fenomeno più profondo e complesso. Egli lascia infatti intravedere l'esistenza di uno iato tra l'esperienza soggettiva del disturbo mentale, e il ruolo di malato per come viene codificato nella vita sociale. Questo iato non resta tuttavia inattivo, ma genera una sorta di trasposizione o sovrapposizione tra sintomi della malattia e fenomeni di dis-culturazione e de-individuazione indotti dai meccanismi istituzionali.

In altre parole, l'ingresso in ospedale psichiatrico rappresenta un'esperienza di distacco, ritiro e alienazione dal mondo esterno che, sommandosi a percezioni analoghe ingenerate dall'esperienza psicotica, ad essa alla fine si sostituiscono, fino al punto che non resta quasi più niente di quella che era l'identità e la storia del soggetto prima di entrare nella carriera di malato. Del soggetto resta quello che l'istituzione ne ha fatto, un suo "prodotto".

Sono osservazioni che emergono dall'introduzione di Franco e Franca Basaglia alla prima edizione italiana di "Asylum", nel 1968, là dove affermano che «la malattia è venuta a trasformarsi gradualmente in ciò che è l'istituzione psichiatrica, e l'istituzione psichiatrica trova nell'internato, costruito secondo i suoi parametri, la conferma alla validità dei suoi principi»²⁷. Se osserviamo da vicino il processo di sottrazione dell'individualità a cui va incontro l'internato, non possiamo non dare ragione a Goffman quando scrive che

«le istituzioni totali spezzano o violentano proprio quei fatti che, nella società civile, hanno il compito di testimoniare a colui che agisce e a coloro di fronte ai quali si svolge l'azione, che egli ha un potere sul mondo – che si tratta di una persona che gode di autodeterminazione, autonomia e libertà d'azione "adulte"»²⁸.

A questa condizione di sudditanza l'internato può reagire, secondo Goffman, con una serie di "adattamenti secondari": «un insieme di pratiche che, pur senza provocare direttamente lo staff, consentono agli internati di ottenere qualche soddisfazione proibita, o di ottenerne altre permesse con mezzi proibiti»²⁹. Questi adattamenti, che nel brulichio del loro dispiegarsi rappresentano una vera e propria vita sotterranea dell'istituzione, sono per i ricoverati una sorta di prova del loro essere ancora padroni di se stessi e di avere un certo margine di controllo

²⁶ Ivi, p.154.

²⁷ Basaglia F. e Basaglia Ongaro F., "Postfazione", in: Goffman E., *Asylums*, cit., p.407.

²⁸ Goffman E., *Asylums*, cit., p.71.

²⁹ Ivi, p.82

sulla propria esistenza. Esistono poi degli stili di adattamento più profondi, che possono coesistere o alternarsi nelle diverse fasi della carriera morale. Goffman ne descrive quattro:

1. il *ritiro dalla situazione* che si manifesta quando l'internato apparentemente concentra tutta la sua attenzione sul suo corpo, staccandosi dalla realtà circostante (questo adattamento coincide con i fenomeni descritti da Martin, Barton e gli altri autori prima citati);
2. la *linea intransigente* dell'internato che si ribella all'istituzione, sfidando apertamente il personale e rifiutando ogni forma di collaborazione (ma è di solito una fase iniziale e temporanea, presto o tardi piegata dai meccanismi istituzionali);
3. la *colonizzazione*, quando l'internato incorpora l'istituzione e la vive come se fosse l'intera realtà, apprezzando i vantaggi e le comodità che essa offre rispetto alla vita esterna, e conducendo un'esistenza apparentemente felice in un iper-attaccamento all'ospedale;
4. la *conversione*, che ha luogo quando l'internato aderisce all'immagine che lo staff ha di lui, finendo per recitare il ruolo del perfetto ricoverato.

In definitiva si tratta di arrendersi, assumendo una posizione radicalmente solipsistica o autistica, o adattarsi agli ingranaggi istituzionali, dato che una reale via di fuga è preclusa. Ma qualunque sia la forma di adattamento fatta propria dall'internato, l'istituzione – a cui nulla sfugge – la interpreta e la include come un ulteriore segno di malattia: sanziona cioè tutti i comportamenti del paziente con una diagnosi aggiuntiva, o con sistemi di trattamento punitivi, o declassando il soggetto nell'organizzazione dell'ospedale, che è differenziata e gerarchizzata a seconda non dei tipi di diagnosi ma a seconda dei comportamenti.

Nel presentare queste particolari forme di adattamento Goffman scrive:

«Il ricovero psichiatrico riesce ad avere la meglio sul paziente, derubandolo delle comuni espressioni per mezzo delle quali le persone si sottraggono al potere delle organizzazioni – insolenza, silenzio, osservazioni sottovoce, mancata collaborazione, distruzione intenzionale dell'arredo interno, e così via – questi segni di rifiuto del fatto di essere affiliati all'istituzione, sono ora segni dell'affiliazione di colui che li mette in atto. [...] Si tratta di un circolo vizioso. [...] Gli atti di ostilità contro l'istituzione devono quindi fondarsi su strumenti limitati, inadatti, come sbattere una sedia sul pavimento, o spaccare un foglio di giornale in modo da provocare un suono improvviso e irritante. Più questi strumenti sono inadeguati a rappresentare un rifiuto dell'ospedale, più l'atto appare come un sintomo psicotico, e più è probabile che la direzione si senta giustificata ad assegnare il paziente a un reparto "peggiore"».³⁰

³⁰ Ivi, p.323

Nei suoi scritti Franco Basaglia riconosce l'ospedale psichiatrico come il luogo in cui la società esclude gli individui ritenuti pericolosi, perché rompono la norma e turbano «il ritmo di una società che non si sente responsabile dei suoi frutti negativi»³¹. Chi governa l'ospedale psichiatrico non è infatti solamente colui che cura il malato, «così da metterlo in grado, quando sia possibile, di ritornare ristabilito al suo ruolo, al suo posto»³²; ma è, in primo luogo e soprattutto, il tecnico che la società ha delegato a isolare il pericoloso dalla comunità dei sani, in modo da proteggerla e difenderla dalla paura che nutre nei confronti del diverso.

L'esclusione sociale viene giustificata e confermata scientificamente proprio dal sapere psichiatrico, che quando rinuncia a comprendere il soggetto e si limita a sancire l'incomprensibilità del disturbo mentale, finisce per includere nella sfera dell'incomprensibilità il soggetto stesso³³. Dopo un iniziale apprezzamento, la posizione di Basaglia è infatti di forte critica al pensiero fenomenologico di Jaspers, che accusa di «mantenere il malato mentale in un ambito strettamente oggettuale, quando – disarmato di fronte alla sua incomprendibilità di capirne le modalità di esistenza – abdica ad ogni suo ulteriore approccio, per relegarlo nella schiera degli esclusi, oggettivati agli occhi della scienza»³⁴.

Esclusa dalla società per la sua pericolosità ed esclusa dalla possibilità terapeutica perché ritenuta incomprendibile, la persona con disturbo mentale viene segregata in un luogo le cui regole fondative sono quelle che garantiscono – prima del processo terapeutico e riabilitativo – l'organizzazione, l'efficienza, l'ordine e la sicurezza dell'istituzione stessa: l'autorità e la coercizione. Costretto in una condizione esistenziale che non gli consente sbocchi, non gli richiede una partecipazione o un intervento personale, ma anzi reprime in lui ogni spinta, ogni moto individuale in nome dell'ordine e dell'efficienza, all'internato non resta che annullarsi progressivamente in una forma di assoluta dipendenza e regressione.

«Il perfetto ricoverato, all'apice di questa carriera, sarà quello che si presenta completamente ammansito, docile all'autorità degli infermieri e del medico; quello che, in definitiva, non complica le cose con reazioni personali, ma si adegua supinamente all'autorità che lo tutela; autorità che solo attraverso la negazione di ogni

31 Basaglia F. "Potere e istituzionalizzazione. Dalla vita istituzionale alla vita di comunità", in: Basaglia F., *Scritti I: 1953-1968*, Einaudi, Torino 1981, p.283.

32 Ivi, p.284.

33 Il concetto di incomprendibilità del disturbo mentale è stato introdotto da Karl Jaspers. Nel suo trattato di "Psicopatologia generale" (1913-1956) Jaspers ha descritto l'incomprensibilità come l'unica identificabile caratteristica dell'esperienza psicotica e dei sintomi positivi: deliri, allucinazioni, ecc. Sul tema cfr. Ballerini A., *La incompresa "incomprensibilità" di Karl Jaspers*, in: "Atque, Materiali tra filosofia e psicoterapia", 2001(22), 2000, pp. 7-18.

34 Basaglia F., Ongaro Basaglia F., (1956). "Un problema di psichiatria istituzionale: L'esclusione come categoria socio-psichiatrica", in: Basaglia F., *Scritti I: 1953-1968*, Einaudi, Torino 1981, p.315.

impulso e bisogno personale di chi le viene affidato, si garantisce efficienza ed il buon andamento dell'istituto»³⁵.

L'istituzionalizzazione rappresenta dunque il fallimento dell'organizzazione ospedaliera, proprio perché nega l'obiettivo della cura e del reinserimento nella società delle persone con disturbo mentale. Perciò, dice Basaglia, la psichiatria va riformata, ridefinendo la priorità dei suoi obiettivi di cura ed espellendo le sue pretese custodialistiche.

Tuttavia, nella sua lotta contro l'istituzione psichiatrica, Basaglia denuncia preventivamente il rischio di un cambiamento che si limiti a rendere più umano e accogliente l'ospedale psichiatrico, abbellendolo esteticamente e introducendo trattamenti più efficaci: se non si modifica contemporaneamente il rapporto tra il malato e lo staff medico e infermieristico, il rischio è quello di produrre una «istituzionalizzazione molle»³⁶. Ovvero una situazione di rinnovata sudditanza, fondata sui sentimenti di riconoscenza del malato verso il medico, per le cure e le premure che riceve; un rapporto ancora mortificante e distruttivo, perché rimangono inalterate le caratteristiche di imparità e distanza «fra chi dà e chi riceve; la distanza fra la generosità e la riconoscenza, non quella fra dovere e diritto»³⁷.

Come antidoto a questo scivolamento, Basaglia propone che lo psichiatra affronti le contraddizioni insite nel suo lavoro, senza mai negarle. Solo così potrà così aiutare il malato a guardare in faccia le contraddizioni della realtà, risvegliando in lui capacità di contestazione e di opposizione al potere medico-istituzionale che, nel processo stesso della cura, gli ha sottratto ogni diritto e ogni libertà.

«Un paziente che ha intuitivamente ben compreso questa situazione, mi diceva: "Può farci anche l'ospedale d'oro, noi resteremo sempre nemici: lei resta il sano e io il malato". Questa dichiarazione di guerra è l'unico compenso che ci sia consentito (e in questo senso lo ritengo il risultato positivo di uno sforzo) e proprio nel mantenimento di questa aggressività che annulla ogni sentimento di riconoscenza e di dedizione, si può iniziare un rapporto da pari a pari, il solo in grado di affrontare il malato mentale»³⁸.

3.5 LA DIPENDENZA ALL'ORIGINE DELLA PSICHIATRIA IN FOUCAULT

Un rovesciamento del concetto della dipendenza in psichiatria è compiuto da Michel Foucault, durante il corso sul potere psichiatrico tenuto al Collège de France tra il 1973 e il 1974³⁹. In questo lavoro il concetto di dipendenza in psi-

35 Basaglia F. (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*, Baldini-Castoldi, Milano 2014, p.30.

36 Basaglia F. "Potere e istituzionalizzazione. Dalla vita istituzionale alla vita di comunità", cit. p.289.

37 Ibidem.

38 Ivi, p.293.

39 Foucault M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli, 2004.

chiatra viene sottratto alla genesi istituzionale, e situato a un livello anteriore e intrinseco alla disciplina psichiatrica stessa.

Per Foucault all'inizio del XIX secolo ha luogo un cambiamento radicale nei discorsi sulla follia. Viene infatti meno quello che fino ad allora era stato «il criterio dell'errore per la definizione e l'attribuzione della follia»⁴⁰; di qui in avanti, il soggetto viene riconosciuto folle in quanto portatore di una forza senza misura e senza controllo, che irrompe improvvisamente sconvolgendo le sue idee e i suoi istinti. La terapia non coinciderà più, quindi, con la correzione dell'errore di giudizio, ma con strategie e azioni volte a soggiogare e domare il folle e la forza della sua follia.

Nella lezione al Collège de France del 14 novembre 1973, Foucault oppone alla scena fondatrice della psichiatria moderna, la scena di Pinel che nel 1793 libera dalle loro catene gli alienati di Bicêtre, una scena altrettanto potente nella quale si delinea quella che sarà «la pratica psichiatrica in quanto manipolazione regolata e concertata dei rapporti di potere»⁴¹.

È la scena in cui il re d'Inghilterra Giorgio III, preda di un episodio di mania, viene destituito del suo potere sovrano e posto in una condizione di totale dipendenza dal medico di corte e dai due servi/guardiani che dovranno assisterlo. Il re viene isolato dal mondo esterno e reso impotente, docile e sottomesso da un potere, anonimo e discreto, che si applica al suo corpo e alla sua persona. Alla forza incontrollata e caotica della follia viene opposta una disciplina che domina, doma, mette a nudo, ripulisce, restituisce al corpo l'ordine che deve possedere e la sua verità. È uno scontro di volontà: quella del medico di corte e dei due servi/guardiani, contro quella del malato. Una battaglia che stabilisce un rapporto di forza a tutto vantaggio dei primi.

È in questa asimmetria di posizioni, resa possibile dal fatto che l'identità, il linguaggio e l'esperienza del soggetto vengono destituiti di qualsiasi autorità e prestigio, che Foucault vede affermarsi la concezione panottica del governo delle popolazioni, e quella "microfisica del potere" su cui si basa ogni istituzione volta a disciplinare i corpi, i gesti, la mente e l'anima stessa degli individui. Anche l'istituzione psichiatrica per eccellenza, il manicomio, viene descritta dal filosofo francese come un universo disciplinare, un mondo che dovrà essere necessariamente sigillato e chiuso per esaltare il potere sovrano dello psichiatra di circoscrivere e definire il piano di realtà nel rapporto con il malato. È un potere che si presenta come concentrato in un solo luogo, ma in realtà agisce in maniera diffusa e capillare nell'intero corpo sociale. Per conservare la sua efficacia deve mostrare di saper agire direttamente sul tempo, sulla vita e sul corpo dell'individuo, mediante «una serie di meccanismi di sorveglianza, di ricompense, di punizioni, di pressioni» esercitate notte e giorno, ininterrottamente⁴².

40 Ivi, p.19.

41 Ivi, p.30

42 Ivi, p.60.

Foucault ci invita a rileggere nella chiave della genealogia del potere disciplinare l'intera storia della psichiatria, dato che solo procedendo in questo modo possiamo attualizzare il potere della psichiatria cogliendo i suoi effetti nelle società contemporanee. Se ad esempio, dice Foucault, sostuiamo alla scena del re Giorgio III l'iconografia di Pinel che libera gli alienati di Bicêtre dalle loro catene, applicando anche a questa scena inaugurale della psichiatria l'analisi microfisica del potere, giungeremo ad attribuire a questo gesto un significato del tutto diverso.

La liberazione a opera di Pinel, interpretata di solito come l'avvio di un processo di umanizzazione dei sistemi di cura dei malati di mente, stabilisce in realtà un patto stringente, un debito di riconoscenza tra il liberatore e i liberati. Debito che viene saldato sia con l'obbedienza riconoscente dei malati allo psichiatra, sia con la loro lealtà e il loro impegno a curarsi e guarire.

La guarigione viene ottenuta attraverso una sorta di ortopedia morale, nella quale l'assoggettamento della volontà del malato alla disciplina del potere medico consente di rompere il circolo vizioso delle idee e domare la violenza della follia. È lo stesso Pinel, nel suo "Traité médico-philosophique", a specificare che:

«la terapeutica della follia è "l'arte di soggiogare e domare, per così dire, l'alienato, ponendolo in una condizione di stretta dipendenza da un uomo che, per le sue qualità fisiche e morali, sia in grado di esercitare su di lui un imperio irresistibile e di mutare il concatenamento vizioso delle sue idee"»⁴³.

Riportando queste parole Foucault precisa come, fin dagli albori della psichiatria, sia stato definito ed esplicitato un chiaro principio terapeutico: la produzione di una stretta dipendenza del malato dal potere dello psichiatra. Dunque la posizione di sottomissione e dipendenza del folle in psichiatria è precedente alla nascita del manicomio. Non è stata infatti l'istituzione a determinare quella trama dei rapporti di potere che costituiscono l'elemento nucleare della pratica psichiatrica, ma è stato il potere psichiatrico stesso, nel suo esercizio pratico, a dare corpo e senso all'istituzione psichiatrica. Quindi, dice Foucault, «prima di riferirci alle istituzioni, dobbiamo preoccuparci dei rapporti di forza sottesi alle disposizioni tattiche che attraversano le istituzioni»⁴⁴, ridimensionando la centralità che Foucault stesso aveva riservato all'asilo nella sua "Storia della follia"⁴⁵. Se si vuole analizzare compiutamente il concetto di dipendenza in psichiatria è dunque necessario svincolarsi dall'orizzonte ristretto dell'indagine dell'istituzione con le sue regole, e includere anche le disposizioni di potere, le correlazioni, le reti, gli scambi, i punti di appoggio, le differenze di potenziale che caratterizzano la forma del potere psichiatrico.

43 Ivi, p.20.

44 Ivi, p.27.

45 Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 2012.

Capitolo 4

Dipendenza e servizi psichiatrici di *community care*

4.1 UNA REVIEW SUI MODI DI DEFINIRE LA DIPENDENZA NEI SERVIZI COMMUNITY ORIENTED¹

A partire dalla metà del secolo scorso il movimento di deistituzionalizzazione ha promosso, in varie parti del mondo, un rilevante cambiamento dei sistemi di intervento e cura delle malattie mentali, passando da un'organizzazione basata sulla centralità degli ospedali alla creazione di servizi decentrati nella comunità². Questo processo è iniziato quando si è cominciato ad ammettere che l'ospedale psichiatrico era – per usare la definizione di Goffman – un'istituzione totale: un mondo segregato e chiuso, separato dal resto della società e finalizzato alla custodia degli internati³. I ricoverati finivano per adattarsi all'ambiente deprivato e de-

1 Si propone in questo capitolo la traduzione leggermente modificata di un testo già pubblicato in lingua inglese, frutto del lavoro di ricerca che ho svolto nel 2015 in collaborazione con Sima Sandhu presso la *Unit for Social and Community Psychiatry* della Queen Mary University di Londra, diretta da Stefan Priebe che era anche supervisore della ricerca. Cfr. Bonavigo T., Sandhu S., Pascolo-Fabrizi E., Priebe, S., *What does dependency on community mental health services mean? A conceptual review with a systematic search*, in: "Social psychiatry and psychiatric epidemiology", 2016, 51 (4), pp. 561-574.

2 WHO, *Mental health policy and service guidance package: Mental health context*, 2003.

3 Goffman E., *Asylums*, cit.

gradante del manicomio, accettando la mancanza di libertà e di responsabilità che ne derivava. In tal modo diventavano sempre più dipendenti dall'istituzione per tutti gli aspetti della loro vita quotidiana, dal sostentamento alla socializzazione, e questo ostacolava l'efficacia delle cure e dei progetti riabilitativi, mirati a reinserire le persone nella comunità, restituendo loro una vita il più possibile autonoma⁴.

Il superamento della dipendenza istituzionale, mediante l'organizzazione di una rete alternativa di servizi decentrati nella comunità, è diventato – specie negli anni cinquanta e sessanta – uno dei principali obiettivi dei movimenti di promozione della salute mentale, supportati dall'enfasi che l'Oms ha posto sui valori dell'autonomia e dell'*empowerment* delle persone con disturbo mentale⁵. E poiché l'obiettivo diventava il reinserimento e l'integrazione dei pazienti nella vita familiare e nel tessuto sociale, i nuovi servizi territoriali hanno sempre più orientato i loro sforzi nel promuovere l'autodeterminazione e la partecipazione attiva delle persone nelle decisioni riguardanti i loro progetti (o percorsi) di cura⁶.

Tuttavia, anche se il mandato dei servizi territoriali è favorire il più possibile l'autonomia e l'indipendenza delle persone mediante forme di alleanza terapeutica, può accadere – come hanno osservato di recente Chow e Priebe – che siano proprio i servizi di comunità, specie le strutture residenziali o l'*assertive community treatment*⁷, a creare involontariamente nuove forme di dipendenza istituzionale, limitando l'autonomia delle persone o ostacolando lo sviluppo delle loro competenze sociali⁸. A questo proposito dobbiamo ricordare che i sistemi di salute mentale comunitari includono un'ampia gamma di agenzie: servizi diurni o riabilitativi, di *crisis intervention*, strutture residenziali, progetti di supporto all'abitare o all'inserimento lavorativo. Gli obiettivi e l'organizzazione di tutti questi servizi possono variare in maniera significativa non solo tra di loro, ma in relazione alle leggi o normative che ne disciplinano il mandato e le funzioni nei di-

4 Oltre a Goffman, cfr. Martin D. V., *Institutionalisation*, cit.; e D'Antonio P., *Relationships, reality, and reciprocity with therapeutic environments: a historical case study*, in "Arch Psychiatr Nurs", 2004, 18 (1), pp. 11-16.

5 WHO, *Mental health policy and service guidance package*, cit.; Segal S.P., Moyles E.W., *Management style and institutional dependency in sheltered care*, in "Social Psychiatry", 1979, 14 (4), pp. 159-165.

6 Oltre a Segal e Moyles, appena citati, cfr. Thornicroft G., Alem A., Santos R.A., Barley E., Drake R.E., e al., *WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care*, in "World Psychiatry", 2010, 9(2), pp. 67-77.

7 L'*assertive community treatment* è un programma intensivo e integrato di supporto comunitario alla persona con disturbo mentale grave, volto a ridurre i tassi di recidiva e di riospedalizzazione.

8 Chow W.S., Priebe S., *Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review*, in: "BMC psychiatry", 2013, 13(1), 169. Sul tema cfr. anche Priebe S., *Institutionalization revisited – with and without walls*, in *Acta Psychiatr Scand*, 110 (2), 2004, pp. 81-82; Claassen D., Priebe S., *Ethical aspects of assertive outreach*, in "Psychiatry", 6(2), 2007, pp. 45-48.; Nelson G., Laurier W., *Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change*, in: *J Sociol Soc Welfare*, 37, 2010, pp. 123-146.

versi paesi o territori in cui sono collocati⁹. Tuttavia, poiché tali servizi differiscono dagli ospedali psichiatrici in molti aspetti (l'organizzazione interna, lo stile gestionale, le competenze e i ruoli professionali, e soprattutto il tipo di rapporto generalmente più aperto, mobile e fluido che il paziente instaura con il mondo esterno)¹⁰, è probabile che il tipo di dipendenza sviluppata nei servizi comunitari non abbia molto a che fare con la dipendenza descritta da Goffman in *Asylums*. Pertanto i criteri o parametri utilizzati in molti paesi per valutare il grado di dipendenza del paziente dai servizi ospedalieri, non possono essere applicati in maniera semplicistica in quelli territoriali. Tanto più che il termine “dipendenza” è utilizzato, sia nel linguaggio comune che in quello scientifico, per designare fenomeni molto diversi¹¹. Questo potrebbe spiegare come mai un recente studio, che ha passato in rassegna i diversi modi in cui la dipendenza del paziente viene valutata nei contesti medico-ospedalieri, non ha indagato il fenomeno come risultato della presa in carico da parte dei servizi psichiatrici comunitari¹².

Considerando tutti questi aspetti e nodi problematici, dato che i dibattiti sulla salute mentale evocano molto spesso il problema della dipendenza degli assistiti, abbiamo ritenuto che fosse importante acquisire una maggiore chiarezza sul significato della parola “dipendenza”, cercando di evidenziare se il suo uso varia a seconda dei tipi di servizi e/o dei gruppi di utenti, o se conservi una certa omogeneità e coerenza in ciò che designa. Per queste ragioni abbiamo deciso di sottoporre a revisione la letteratura sul tema, esplorando i diversi modi in cui il concetto di dipendenza viene utilizzato e compreso nei servizi di salute mentale di comunità.

4.2 CRITERI DI REVISIONE DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

Questa revisione è stata finalizzata a identificare, mediante una ricerca sistematica di articoli e pubblicazioni, in che modo la dipendenza dai servizi di salute mentale viene concettualizzata nella letteratura. Sono stati inclusi nella rassegna sia lavori di ricerca, qualitativa e quantitativa, sia editoriali che hanno esplorato o descritto il concetto di dipendenza nei servizi comunitari.

Abbiamo incluso gli studi che hanno coinvolto persone adulte, di età compresa tra i 18 e i 65 anni, con disturbo mentale grave (ad esempio schizofrenia o disturbo bipolare). Non abbiamo applicato restrizioni riguardo all'anno di pub-

9 WHO. *Mental health policy and service guidance package: Organization of services for mental health*, 2003.

10 Martin D., *Institutionalisation*, cit.; Segal S.P., Moyles E.W., *Management style and institutional dependency in sheltered care*, cit.

11 Hurst K., Howard D., *Measure for measure*, in: “Nursing Times” 84(22), 1988, 30–32; Jeevendrampillai V., Campbell W., *A study of new long stay patients in a psychiatric unit*, in: “Nursing Times” 75(15), 1979, pp.633–637.

12 Abeles P., Danquah A., Wadge M., Hodgkinson P., Holmes E., *Measuring patient dependency in child and adolescent mental health*, in: “British Journal of Nursing”, 16(17), 2007, pp. 1064-1072.

blicazione o al disegno dello studio; tuttavia abbiamo ristretto la ricerca ai soli articoli in lingua inglese, per evitare le possibili complicazioni linguistiche o semantiche conseguenti alla traduzione dei termini indagati nella revisione.

Infine abbiamo escluso gli studi che non consideravano la dipendenza come risultato dell'intervento terapeutico (ad es. la dipendenza intesa come sintomo negativo della schizofrenia, o come dipendenza da sostanze, o la dipendenza residuale successiva a una prolungata istituzionalizzazione). Sono stati esclusi gli studi in cui il setting non era comunitario (ad esempio unità riabilitative ospedaliere), o se il motivo principale di accesso al servizio era la presenza di una disabilità intellettiva, problematiche correlate all'uso di alcol o sostanze psicoattive, o l'essere senza fissa dimora.

– *Strategia di ricerca e fonti dei dati*

Poiché l'organizzazione della salute mentale di comunità include servizi diversi con differenti nomi (che variano a seconda dei sistemi sanitari di cui fanno parte)¹³, abbiamo effettuato una ricerca preliminare con un descrittore generico per "community-based care". Da questa prima indagine è nato un *database* di pubblicazioni talmente esteso da essere ingestibile. La strategia di ricerca è stata allora modificata in modo da includere una lista più specifica di servizi di salute mentale di comunità. Il nuovo metodo è stato testato per garantire un ragionevole equilibrio tra capacità di includere una sufficiente gamma di servizi e sensibilità nell'individuare le pubblicazioni in cui la dipendenza è stata identificata e discussa. Al fine di assicurare che la strategia di ricerca fosse altrettanto esaustiva per il termine dipendenza abbiamo modificato la strategia stessa includendo sia le variazioni del termine attraverso il descrittore "depend*", sia i contrari come "independ", in modo da individuare l'assenza o la perdita di indipendenza e supporto. Abbiamo aggiunto il termine "institutional" perché è stato utilizzato per descrivere il fenomeno della dipendenza istituzionale nella letteratura psichiatrica.

La ricerca sistematica è stata condotta nel mese di aprile 2015 nei seguenti database elettronici: Medline (via OVID), Cochrane (via OVID), Scopus (via SCOPUS), PsycINFO (via EBSCO), the Allied and Complementary Medicine Database - AMED (via OVID), CINAHL (via EBSCO), e Web of Science. Nella tabella sottostante è riportata la combinazione dei termini impiegati nella ricerca.

¹³ World Health Organization. *Mental health policy and service guidance package*, cit.

Descrittori per i disturbi mentali (“mental health*” OR “mental ill*” OR “mental disorder*” OR “psichiatri*”) AND descrittori per i servizi comunitari di salute mentale (“mobile crisis*” OR “home help*” OR “crisis hou*” OR “crisis hom*” OR “early intervent* psycho*” OR “residential car*” OR “residential rehab*” OR “residential service*” OR “residential home*” OR “residential hous*” OR “residential supervis*” OR “supported hous*” OR “supported home*” OR “supported accommodation*” OR “supported living” OR “sheltered hous*” OR “sheltered home*” OR “sheltered accommodation*” OR “sheltered living” OR “assisted hous*” OR “assisted home*” OR “assisted accommodation*” OR “assisted living” OR “halfway hou*” OR “halfway hom*” OR “floating support” OR “floating outreach” OR “visiting support” OR “visiting outreach” OR “outreach” OR “housing Project” OR “community-base* rehabilitation service*” OR “day hospital”) AND descrittori per la dipendenza (“depend*” OR “independ*” OR “institutional*” OR “support*”)

I termini sono stati identificati attraverso la ricerca di titoli, abstract, parole chiave, titoli di argomento medico e mappando i termini nei titoli degli argomenti. Laddove l'opzione era disponibile sono stati utilizzati filtri rispetto alla popolazione adulta, all'area tematica (ad esempio escludendo le scienze naturali) e al tipo di documento (ad esempio, escludendo le tesi), e la strategia di ricerca è stata adattata ai requisiti specifici dei diversi database e interfacce. Ulteriori articoli di ricerca e revisioni rilevanti sono stati identificate attraverso Google Scholar. Abbiamo inoltre esaminato i riferimenti bibliografici degli articoli rilevanti, al fine di individuare eventuali altri studi potenzialmente rilevanti sul tema della ricerca. Tutti i riferimenti bibliografici sono stati importati nel software bibliografico “EndNote, versione X7” prodotto dalla Thompson Reuters.

– Estrazione dei dati e analisi

Dal totale delle pubblicazioni sono stati rimossi dapprima i duplicati; in seguito sono stati esaminati i titoli delle pubblicazioni per valutare la loro inclusione nella ricerca. Di seguito gli abstract, e poi gli articoli integrali, sono stati esaminati da TB e SS indipendentemente valutandone la rilevanza prima di essere inclusi o esclusi. Nei casi in cui TB e SS sono stati in disaccordo rispetto all'inclusione o esclusione di abstract e testi integrali, si è ricorso al terzo revisore (SP), che ha preso la decisione sentite le opinioni dei colleghi. L'estrazione dei dati è stata effettuata in modo indipendente dai due dei revisori (TB e SS) rispetto le seguenti caratteristiche: obiettivi, disegno dello studio, popolazione, tipo di servizio territoriale, modalità di analisi dei dati, risultati e interpretazioni. I dati estratti sono

state tabulati in modo tale da far emergere come la dipendenza è stata definita compresa o interpretata all'interno di differenti contesti territoriali.

L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando un approccio modificato di sintesi narrativa (consistente in due fasi). Dopo aver identificato negli studi inclusi tutti i casi e le forme di dipendenza descritti, questi sono stati integrati in una cornice concettuale. Il gruppo di lavoro - che includeva uno specializzando in psichiatria (TB), uno psichiatra clinico universitario (SP) e una psicologa ricercatrice universitaria (SS) - si è incontrato regolarmente per discutere il lavoro di analisi. È stata sviluppata una sintesi preliminare del concetto di dipendenza basandosi sulle descrizioni principali individuate negli articoli. Ciò ha permesso di familiarizzare con i diversi significati sottesi al termine 'dipendenza', e di iniziare a mappare il suo uso nella letteratura. Una tabulazione di queste concettualizzazioni ha orientato i nostri incontri regolari di discussione, durante i quali sono emersi nuovi temi in maniera induttiva attraverso un processo interattivo di discussione e riflessione sull'argomento. I nuovi temi sono stati successivamente oggetto di interrogazione e riflessione rileggendo gli articoli interi, al fine di esplorarne somiglianze e differenze all'interno di ciascuno studio e tra i diversi studi: ciò ha assicurato che tutte le sfumature nell'uso del termine e nelle definizioni della dipendenza siano state incluse nei temi concettuali. Questo processo di paragone e confronto ha portato a una miglior definizione della relazione tra i diversi temi.

4.3 RISULTATI: I CINQUE “TEMI” O MODI DI CONCETTUALIZZARE LA DIPENDENZA

La ricerca della letteratura ha portato all'identificazione di 16.204 pubblicazioni. Di queste 13.896 sono state escluse dopo la lettura dei titoli, e altre 2.188 nella fase di esame degli abstract. Nella fase della lettura degli articoli completi, 105 dei 120 studi rimanenti sono stati esclusi perché non identificavano o spiegavano sufficientemente il termine dipendenza, oppure non lo contestualizzavano, o ancora perché la dipendenza non era presentata come conseguenza della presa in carico da parte dei servizi di salute mentale di comunità. Quindici studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione, e sono stati sottoposti all'estrazione e analisi delle informazioni in essi contenuti.

– Caratteristiche degli studi

I quindici studi inclusi sono stati pubblicati tra il 1979 e il 2015, e sono stati condotti in paesi con economie sviluppate quali il Regno Unito (6), la Svezia (4), la Danimarca (2), gli Stati Uniti (2), e l'Australia (1). Quattordici studi hanno utilizzato principalmente metodologie qualitative, due di questi in combinazione con metodologie quantitative. Un solo studio ha impiegato un approccio completamente quantitativo. Non sono stati individuati editoriali o articoli di opinione che rispondessero ai criteri di inclusione. I tipi di servizi comunitari spaziavano

dai servizi residenziali (8) ai servizi diurni (4), dai servizi riabilitativi territoriali (2) ai servizi di assertive outreach (1), fino ai servizi di trattamento domiciliare (1). Due studi confrontavano tra loro due tipi diversi di servizi territoriali. In undici studi la popolazione era composta da soli pazienti. Due studi includevano pazienti e operatori, e un altro studio includeva anche i *carers* (cioè familiari o altre persone di supporto). In uno studio la popolazione era composta esclusivamente da membri dello staff del servizio. La dimensione del campione variava da un minimo di sei ad un massimo di 733 persone. Uno studio non indicava la dimensione del campione. La metà degli studi riportava esplicitamente la diagnosi di psicosi tra le caratteristiche dei pazienti. La tabella 1 riporta le caratteristiche degli studi e i concetti di dipendenza emersi negli stessi.

Concettualizzazione della dipendenza - Sono stati identificati cinque temi: a) essere dislocati in un “altrove” rispetto al mondo esterno (vivere a distanza dalla comunità); b) rigidità organizzativa dei servizi e mancanza di libertà; c) senso di essere vincolati o sottoposti ad obblighi come fonte di risentimento o come apprezzamento positivo; d) vivere svolgendo attività ricche di significato o inutili e vuote; e) sentimento di protezione e sicurezza. Nonostante questi temi siano descritti come concettualmente distinti, tra di loro sono evidenti molti intrecci e sovrapposizioni.

1) Essere dislocati in un “altrove” rispetto al mondo esterno

In questo tema la dipendenza dai servizi è compresa nella forma del vissuto dei pazienti di essere dislocati dal mondo esterno e di trovare «il centro del loro universo» nel servizio comunitario. La dislocazione può essere concettualizzata come una separazione percepita fisicamente dal mondo esterno, o come un senso di isolamento sociale dalle relazioni interpersonali con altre persone. Questa dislocazione sociale si accompagna a vissuti di disuguaglianza, quando i pazienti si confrontano con le persone “normali”.

Il limite percepito nello sviluppare un coinvolgimento e una connessione con il mondo esterno e con i contatti sociali “senza disturbo mentale”, favorisce nei pazienti un eccessivo appoggiarsi sul servizio, che è stato concettualizzato come dipendenza.

La dipendenza dal servizio è stata associata alla percezione dei pazienti di essere fisicamente separati dal mondo esterno e dalla loro vita precedente, a causa di una distanza territoriale o perché l'organizzazione del servizio non supporta un coinvolgimento personalizzato dei pazienti con la più ampia comunità circostante. La distanza eccessiva di un servizio residenziale dalla comunità locale costringe i pazienti a dipendere dalla disponibilità dello staff per il trasporto verso i centri urbani, dove devono sbrigare impegni e faccende personali. Altri autori riportano un rischio di dipendenza nei pazienti quando i servizi territoriali sono organizzati su un principio di «vicinanza forzata». Il fatto che i pazienti siano obbligati a raggrupparsi passivamente con altri sconosciuti «in un posto e in un

sistema di cura e supporto organizzati» favorisce la dipendenza dallo staff per l'aiuto e il supporto.

La dipendenza dei servizi è stata associata con l'isolamento sociale rispetto alle altre persone. Due studi riportano che i pazienti dei servizi diurni si appoggiano principalmente sugli operatori per le relazioni sociali, e non sviluppano contatti sociali stabili al di fuori dal servizio; anche in questo caso con un maggior senso di isolamento sociale dal mondo esterno. D'altro canto radunare persone con disturbo mentale in un unico posto contribuisce a sviluppare un «gruppo deviante», che alimenta i vissuti personali di stigmatizzazione e isolamento sociale nel raffronto con le persone esterne al gruppo.

Questa divisione del mondo sociale fra “noi” (pazienti e operatori dei servizi territoriali) e “loro” (mondo esterno) può ulteriormente favorire una «dipendenza iatrogena» dal servizio.

Alcuni autori ritengono che esperienze di iniquità in relazione al mondo esterno rappresentino un elemento favorente la dipendenza. I pazienti, infatti, percepiscono un senso di disuguaglianza in termini materiali, sociali ed economici, quando si confrontano con le «persone ordinarie». Sperimentando vissuti di esclusione e insoddisfazione con la vita all'esterno, i pazienti sono spinti ad affidarsi al servizio per ricevere un supporto. Una condizione di dipendenza è stata osservata quando questo supporto diventa un ostacolo a lasciare il servizio, perché i pazienti percepiscono la vita al di fuori di essi come meno attraente rispetto alla vita dentro. In un articolo, Firby e Boothroyd riportavano una consapevolezza del «rischio di diventare troppo dipendenti» dai servizi in quei pazienti in remissione che aspiravano ad essere reintegrati nel mondo reale.

2) *Rigidità organizzativa dei servizi e mancanza di libertà personale*

La maggioranza degli studi concettualizza la dipendenza all'interno dell'ampio tema dell'inflessibilità e della mancanza di libertà. L'inflessibilità emerge in quei servizi comunitari caratterizzati da rigidità della struttura organizzativa e restrizioni funzionali: in quel caso i servizi sono percepiti come restrittivi, carenti nella possibilità di scelta e nella libertà. La dipendenza è associata con la rigidità del servizio e la percezione di una mancanza di scelta rispetto alla possibilità di prendere distanza dalle strutture e regole attuali del servizio.

La struttura organizzativa può favorire la dipendenza dal servizio a causa dell'eccessiva rigidità nel modo in cui il servizio è strutturato. In questo senso sono state descritte due forme di inflessibilità. Da una parte, i servizi diurni favoriscono la dipendenza quando riducono l'autonomia dei pazienti nella programmazione e tempistica delle attività. Dall'altra parte, quando un servizio offre troppa scelta e promozione di attività educative e lavorative, si riduce il desiderio o la disponibilità del paziente di cercare attività indipendenti e alternative altrove, con ciò creando una dipendenza dal servizio per questi aspetti della loro vita.

Anche una mancanza di chiarezza rispetto allo scopo del servizio può favorire la dipendenza: quando lo staff non concorda sugli scopi terapeutici e le regole di

partecipazione al servizio, i messaggi conflittuali che arrivano ai pazienti possono portare questi ultimi ad aumentare la loro presenza nel servizio. Alcuni studi descrivono la dipendenza come il sentimento di aver perso la propria libertà, cosa che può derivare dalla consapevolezza di essere dipendente dagli operatori del servizio per l'aiuto ed il supporto. All'interno di questa concettualizzazione è possibile individuare tre forme più specifiche di perdita di libertà correlate alla dipendenza. Nella prima la dipendenza è la conseguenza della condivisione di spazi personali con altri pazienti nei servizi residenziali: ciò causa una riduzione della privacy e dell'indipendenza. Una seconda forma è stata individuata nell'associazione fra uno stato di dipendenza da un contesto residenziale e la mancanza di libertà di espressione, che si manifesta quando i pazienti mostrano riluttanza nel parlare della relazione che hanno con gli operatori di riferimento, per la paura di esprimere opinioni su coloro dai quali dipendono per un supporto. Infine un senso di dipendenza è stato associato con una perdita di indipendenza finanziaria, quando i pazienti ricevono una pensione di disabilità attraverso e grazie il servizio comunitario. Un ambiente controllante, con gli operatori che prendono decisioni "per" i pazienti e nel contempo riducono l'interesse dei pazienti a prendere decisioni assieme allo staff o decidere in autonomia, produce sentimenti di dipendenza nei pazienti. I pazienti non sviluppano liberamente fiducia nello staff, perché il loro spazio di scelta e la loro autorità sono ridotte dal fatto che gli operatori prendono decisioni al posto loro. In questo senso, i pazienti sono alla mercé degli operatori che «sono la vera autorità»; situazione opposta al reale coinvolgimento nel processo decisionale. Ciò produce un vissuto di dipendenza dei pazienti, e genera dilemmi deontologici negli operatori rispetto ai loro doveri terapeutici.

3) *Essere sottoposti a obblighi come fonte di risentimento o come apprezzamento positivo*
Metà degli studi concettualizza la dipendenza a un livello interpersonale, focalizzandosi sulle relazioni terapeutiche e di supporto tra i pazienti e gli operatori del servizio. I pazienti dipendono dagli operatori per l'aiuto, e tale aiuto è riconosciuto con vissuti di obbligo verso gli operatori. È l'intrinseca asimmetria nella disponibilità di risorse e nei ruoli di paziente e operatore che genera il "sentirsi in dovere" da parte del paziente, e questo vissuto può manifestarsi sia in maniera positiva sia negativa.

Esperienze negative di obbligo verso lo staff sono associate con la dipendenza nella forma di: a) un sentimento spiacevole di gratitudine obbligata verso gli operatori per il loro impegno nel dare una mano: «ho cercato di non essere così dipendente dallo staff perché poi devi essergli così dannatamente grato»; b) «un senso di risentimento per il dover dipendere dagli altri per la cura», perché ciò produce mancanza di indipendenza e supporto sociale.

Quando l'obbligo verso gli altri è concettualizzato positivamente, la dipendenza è riconosciuta e valutata dai pazienti come qualcosa che conferma un senso di accettazione, appartenenza e stabilità nella comunità del servizio. Avendo sviluppato relazioni sociali principalmente con gli operatori e gli altri residenti, i pazienti li

percepiscono «come i loro amici e la loro famiglia [...] non possono immaginare di vivere senza la presenza degli operatori». Alcuni autori sottolineano il rischio che questa utile dipendenza possa però impedire ai pazienti di costruire nuove relazioni nella comunità, rinforzando un senso di dipendenza dal servizio. Esperienze di dipendenza come vissuto di obbligo possono manifestarsi quando le relazioni sono asimmetriche, perché il potere è nelle mani dello staff, o quando sono strutturate come rapporti educativi per il raggiungimento di nuove abilità. Dipendere da queste relazioni genera nei pazienti vissuti di vulnerabilità e mancanza di riconoscimento. Quando le relazioni sono percepite come relazioni di tipo familiare o di insegnamento, allora sia implicitamente che esplicitamente tende a svilupparsi una condizione di dipendenza. I pazienti che vivono il servizio come una famiglia, con gli operatori che assumono un ruolo simil-genitoriale, riconoscono una relazione dipendente con gli operatori e con il servizio, a causa del supporto fisico o emotivo che ricevono. Ciò genera inoltre vissuti di frustrazione negli operatori, che si sentono sopraffatti dalle richieste e dalla dipendenza dei pazienti.

4) *Vivere svolgendo attività ricche o povere di significato*

In sette studi la dipendenza viene concettualizzata come conseguenza del ricevere troppo o troppo poco supporto da parte dei servizi nelle attività significative o nelle attività della vita quotidiana. Quindi, entrambi gli estremi dello spettro del supporto sono associati alle concettualizzazioni della dipendenza. Generalmente, quando il supporto è equilibrato, i servizi che sviluppano attività con i pazienti possono promuovere l'indipendenza nelle loro vite. Invece, quando queste attività non hanno un significato per i pazienti e non sono finalizzate ad aiutare il miglioramento degli stessi, oppure gli operatori si sostituiscono all'iniziativa dei pazienti e gestiscono tutte le attività al posto loro, ciò che risulta è una riduzione della fiducia e della capacità dei pazienti, e questo genera dipendenza. È stato osservato che vivere senza attività significative ostacola l'indipendenza. I pazienti e i *carers* ritengono che avere un'occupazione rappresenti «un modo per uscire dalla dipendenza». Tuttavia gli operatori dei servizi residenziali e dei servizi diurni talvolta svalutano queste attività, e i pazienti finiscono per sperimentare una mancanza di «attività occupazionali e ricreative significative».

All'altro estremo dello spettro, è stato evidenziato che anche un eccesso di supporto e promozione di attività significative promuove la dipendenza. Supportando i pazienti nella routine quotidiana, motivandoli a raggiungere risultati positivi, sostenendoli nel potenziamento di abilità pratiche, finanziarie e sociali, e nello sviluppo di contatti sociali, i servizi possono comunque generare dipendenza invece di promuovere l'indipendenza. I pazienti infatti si abituano a dipendere dallo staff per il supporto pratico ed educativo, e diventano più vulnerabili per il forte attaccamento che nutrono nei riguardi degli operatori, ed è questo a rendere la vita al di fuori del servizio meno desiderabile.

In altre parole i pazienti in molti casi vivono una contraddizione, sottoposti a una duplice tensione: da un lato «voler gestire la propria vita senza l'aiuto

di nessuno, dall'altro aver invece bisogno di qualcuno intorno per ottenere dei supporti».

5) *Sentimenti di protezione e sicurezza*

La dipendenza può essere anche accettata e giustificata come la condizione necessaria per sentirsi più sicuri, al riparo dai rischi e dai pericoli sperimentati nel mondo esterno. Il servizio protegge e supporta i pazienti facendoli sentire ben accolti in un ambiente gradevole, che non ispira certo ripugnanza o paura. Questa accoglienza e ospitalità aiuta i pazienti a sentirsi a proprio agio negli spazi del servizio, anche se è evidente che questa protezione può generare un livello più o meno elevato di dipendenza dato che la vita nello spazio istituzionale è comunque artificiosa: non solo regolata su tempi e abitudini che non sono quelli del mondo esterno, ma anche avulsa da tutti i desideri e i conflitti, i problemi e le relazioni della vita quotidiana che tengono allenati le persone nell'esercizio di ruoli socialmente riconosciuti. Dunque la dipendenza dal servizio viene in questo caso concettualizzata, sia dai pazienti che dagli operatori, come un compromesso necessario per evitare i rischi connessi alla vita libera e indipendente.

Una seconda interpretazione del tema è che lo stigma, l'isolamento e la mancanza di sicurezza nel mondo esterno possono spingere i pazienti a cercare nel servizio «un posto nel quale potersi nascondere dal resto del mondo», finendo per tale motivo col diventarne dipendenti. Gli infermieri domiciliari si trovano spesso di fronte al dilemma etico insito nel seguente interrogativo: fino a che punto possono essere loro a definire i confini e i limiti all'indipendenza di un paziente, qualora «il principio dell'autonomia a tutti i costi possa rivelarsi dannoso?». Quando sussistono condizioni di vita precarie e insicure, da cui possono derivare minacce per l'incolumità anche fisica, gli infermieri affermano di essere loro stessi a promuovere in maniera consapevole la dipendenza dell'utente.

Più in particolare sentirsi al sicuro può derivare da:

- a) vivere in un ambiente calmo e rilassato;
- b) sviluppo di nuove relazioni con gli operatori e con gli altri pazienti ospitati all'interno della stessa struttura residenziale;
- c) avere la percezione che i rapporti di prossimità possono aiutare a prevenire le ricadute, e cioè la ricomparsa di episodi psicotici o di altre problematiche che sono alla base della malattia e dei suoi sintomi.

Tutte queste condizioni, mentre aumentano i legami di dipendenza dal servizio, al tempo stesso rafforzano i legami positivi tra i pazienti e gli operatori, o gli altri soggetti – ad esempio i familiari, i volontari o i visitatori – che in vari modi attraversano quotidianamente lo spazio della struttura residenziale. Del resto sono pochi i pazienti che sembrano consapevoli del rischio di diventare dipendenti dal servizio in nome di un bisogno di sicurezza, come quel paziente che dice: «qui sei come in un bozzolo, questo non è il mondo reale». Per altri questa consapevolezza è fonte di angoscia e paura all'interno del servizio. O ancora vi possono essere dei pazienti che temono di perdere i legami e le relazioni da cui

dipendono. In generale tutti questi vissuti ambigui e contraddittori degli utenti vengono interpretati dagli operatori come una componente inevitabile «del normale processo con cui gli individui giungono a patti con i loro problemi mentali». Un certo grado di dipendenza è anche espressione della scelta dei pazienti, che possono decidere di situarsi in una posizione socio-spaziale intermedia, nel *continuum* che include la variabilità degli stati di dipendenza/indipendenza. Questa posizione può evolvere nel corso del tempo, ed essere preferibile rispetto a uno stato di totale dipendenza o indipendenza.

4.4 DISCUSSIONE E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

I cinque temi che abbiamo identificato nella nostra ricerca gettano luce sul fatto che il concetto della dipendenza del paziente può essere collocato a tre differenti livelli: 1) livello organizzativo; 2) livello interpersonale della relazione terapeutica tra paziente e staff; 3) livello sociale in termini di relazione col mondo esterno. Sebbene ogni concettualizzazione sia tematicamente distinta, sono comunque presenti sovrapposizioni.

A livello organizzativo i servizi comunitari favoriscono la dipendenza quando i pazienti vengono allontanati dalla comunità e sono obbligati a rispettare le regole che definiscono le modalità di accesso e partecipazione alle attività ricreative o riabilitative. I servizi più strutturati sono utili nel garantire quella stabilità e quella protezione grazie alle quali il paziente può sentirsi a suo agio e sviluppare nuove abilità. Tuttavia, quando questa strutturazione ha un prezzo in termini di flessibilità, il passaggio dal servizio alla vita esterna è ostacolato nella misura in cui si è sviluppata una dipendenza dal servizio stesso.

La dipendenza è stata osservata anche a livello interpersonale tra i pazienti e gli operatori. In questo caso la dipendenza del paziente è qualcosa di più di una relazione asimmetrica nella quale egli si affida all'operatore per ricevere aiuto: è caratterizzata anche da sentimenti reali e forti verso gli operatori. Essere dipendenti dallo staff è una soluzione nei confronti dell'isolamento sociale, ma allo stesso tempo un'eccessiva dipendenza dagli operatori può ulteriormente ridurre le opportunità di creare nuovi contatti sociali. Considerando gli obiettivi partecipativi delle pratiche riabilitative e le dinamiche interpersonali delle relazioni terapeutiche, il concetto della dipendenza dallo staff potrebbe essere forse sostituito da quello di interdipendenza.

a) Confronto con altri usi del termine dipendenza

La nostra concettualizzazione della dipendenza dai servizi comunitari condivide alcune caratteristiche con l'uso che nel linguaggio comune si fa del termine dipendenza, come «avere l'esistenza appesa o condizionata dall'esistenza di qualcos'altro [...] l'incapacità di fare senza qualcuno o qualcosa». Tuttavia, la nostra concettualizzazione della dipendenza va oltre le caratteristiche negative della dipendenza

così come sono enfatizzate nel linguaggio comune, ad esempio la posizione passiva e obbligata di aver bisogno di supporto, con la limitazione della libertà. Attraverso i cinque temi la dipendenza non emerge come un concetto completamente negativo o positivo; esiste invece un gradiente fra letture negative e positive.

La dipendenza ha soprattutto connotazioni negative nei primi due temi “essere dislocati in un ‘altrove’ rispetto al mondo esterno” e “rigidità organizzativa dei servizi e mancanza di libertà personale”. La separazione, l’isolamento sociale, le regole inflessibili, la mancanza di libertà e un ambiente controllante sono considerati come elementi favorevoli la dipendenza. Nei temi “essere sottoposti a obblighi come fonte di risentimento o come apprezzamento positivo” e “vivere svolgendo attività ricche o povere di significato”, la dipendenza dal servizio è intesa in un modo più ambiguo, che origina da una commistione di esperienze positive e negative nel corso del rapporto del paziente con il servizio. Infine nell’ultimo tema “sentimenti di protezione e sicurezza”, la dipendenza dal servizio è descritta come una condizione positiva per il paziente, caratterizzata da un vissuto di sicurezza in un luogo rassicurante.

Due studi precedenti hanno descritto degli strumenti di misurazione della dipendenza utilizzati in contesti psichiatrici ospedalieri per indagare il carico di lavoro infermieristico. La dipendenza in questi studi è stata misurata come intensità di cure e tempo richiesti con un paziente. In modo radicalmente diverso, la nostra revisione ha delineato una visione più complessa, nella quale la dipendenza non è descritta semplicemente come il risultato della quantità di risorse impiegate per supportare un paziente con disturbo mentale. La nostra revisione ha portato alla luce le motivazioni positive per cui i pazienti sono spinti a dipendere dai servizi (ad esempio, i contatti sociali, le attività riabilitative e l’ambiente sicuro) e i benefici terapeutici per i pazienti che vivono nella comunità mantenendo un certo livello di dipendenza. Negli anni sessanta e settanta era stato ipotizzato che la cosiddetta dipendenza patologica nelle relazioni rappresentasse un fattore eziologico delle psicosi. Di conseguenza, tra i principi fondanti di alcuni approcci comunitari alla salute mentale (come, ad esempio, l’Assertive Community Treatment di Stein) vi era quello di evitare questa forma di dipendenza all’interno del processo di supporto al paziente, spostando il focus dell’intervento verso lo sviluppo di una maggiore autonomia. Più recentemente, invece, la dipendenza nei servizi territoriali è stata vista all’interno di un continuum di maggiore o minore autonomia. Inoltre la dipendenza può rappresentare una fase temporanea spesso necessaria e utile al raggiungimento di una completa indipendenza. Ciò che rende la dipendenza dai servizi territoriali un fenomeno non completamente negativo è proprio questa sua caratteristica di stato transitorio e sempre mutevole, cosa che si contrappone con la forma statica di dipendenza istituzionale.

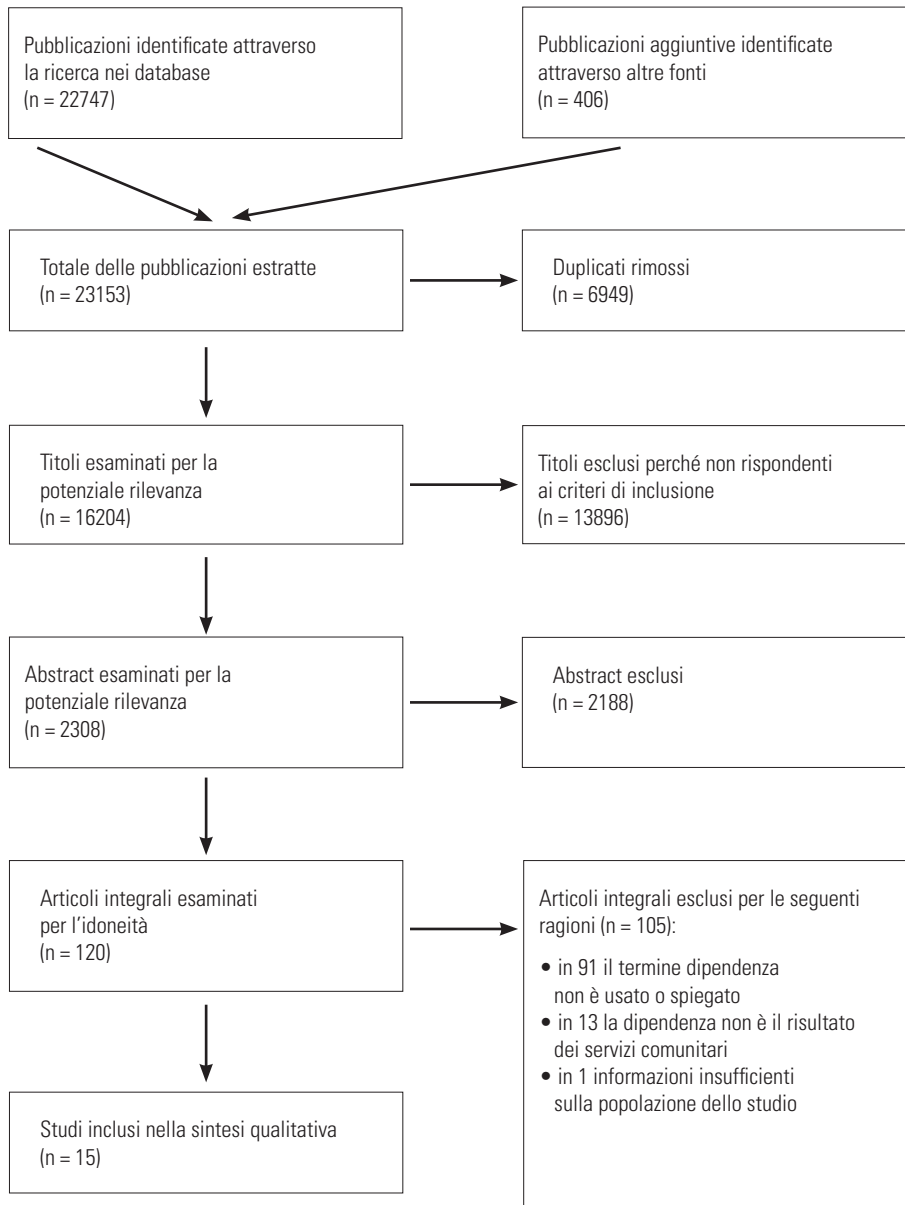
b) Punti di forza e di debolezza

Per quanto a noi noto, questa è la prima revisione finalizzata a concettualizzare la dipendenza dai servizi di salute mentale di comunità. La ricerca sistematica

è stata sufficientemente ampia da includere un numero di studi caratterizzati dall'impiego di diverse metodologie, realizzati in diversi contesti comunitari, e che includono le esperienze e i punti di vista sia dei pazienti sia degli operatori di questi servizi. Tuttavia avendo limitato i criteri di inclusione alla sola lingua inglese, ciò può aver causato l'esclusione di studi rilevanti. Tutti gli studi inclusi provengono dal nord Europa o da paesi anglosassoni: forse, questo fatto potrebbe limitare l'estensione delle nostre riflessioni ad altri contesti. Inoltre la selezione dei servizi comunitari in questa revisione non è stata comprensiva di tutti i possibili servizi comunitari, ma ha garantito un buon ventaglio in termini di tipi di servizio e finalità terapeutiche. Inoltre il tema della dipendenza dei servizi non era l'argomento principale della maggior parte degli studi inclusi; quindi, esiste il rischio potenziale di una iper-interpretazione del significato del concetto di dipendenza, rispetto all'uso originario del termine fatto dagli autori degli studi. Il nostro processo interattivo di estrazione e interpretazione dei dati, con un costante riferimento ai testi originali, dovrebbe tuttavia aver attenuato questo rischio.

c) Osservazioni conclusive

In questo nostro lavoro di revisione la dipendenza dai servizi di salute mentale di comunità non è una condizione completamente negativa di deprivazione e perdita. Ci sono motivi positivi per i quali i pazienti sono portati a dipendere dai servizi, ad esempio i contatti sociali, le attività riabilitative, l'ambiente sicuro e i benefici terapeutici che garantiscono. Le nostre riflessioni suggeriscono che la dipendenza non dovrebbe essere necessariamente compresa come il contrario della recovery e dell'autonomia. Il processo di recovery prevede che il paziente si affidi temporaneamente al servizio per il lavoro riabilitativo finalizzato alla sua reintegrazione nella comunità, tuttavia alcune delle stesse componenti del processo di recovery potrebbero favorire una dipendenza. La dipendenza dai servizi territoriali intesa come una combinazione di esperienze negative e positive può guidare le future valutazioni delle cure fornite in questi servizi, al fine di comprendere meglio quali interventi devono essere implementati per supportare ulteriormente i pazienti nelle loro vite e promuoverne l'autonomia.



Autori	Anno	Paese	Partecipanti e tipo di servizio	Metodi	Concettualizzazione
Bengtsson-Tops A, Ericsson U, Ehliasson K.	2014	Svezia	29 utenti (12 femmine e 17 maschi) con psicosi in una <i>supportive housing</i> gestita da un'impresa privata.	Approccio induttivo: analisi dei contenuti latenti di interviste aperte individuali, della durata di 20-60 minuti, effettuate con due domande aperte: "Cosa fai durante il giorno?" e "Come ti senti a vivere qui?"	Rischio di dipendenza come perdita di libertà quando i pazienti percepiscono disuguaglianza e "vicinanza forzata" causata dalla malattia mentale. Sentimenti di risentimento per essere dipendenti. La dipendenza è legata a un ambiente descritto come noioso e rilassato.
Bryant W, Craik C, McKay E.	2005	Regno Unito	53 utenti, 18 <i>carers</i> , 15 operatori, 9 <i>managers</i> di servizi diurni (3 centri di salute mentale di comunità, un Centro diurno gestito dal terzo settore, e un gruppo di supporto per i <i>carers</i>) e di 4 <i>accommodation services</i> (una casa gestita dal terzo settore, un'unità riabilitativa gestita da operatori della salute, un ostello del servizio sociale, e un Centro diurno gestito dal terzo settore in cui vivono due utenti)	Studio qualitativo di 13 focus group audioregistrati in cui è stato esplorato il punto di vista di utenti, <i>carers</i> e operatori. La traccia di domande è stata sviluppata dal team del progetto. I dati sono stati analizzati applicando un'analisi tematica costante comparativa per identificare aspetti ricorrenti e contrastanti e sviluppare categorie.	La dipendenza origina da un approccio alla routine troppo strutturato e inflessibile, oppure da mancanza di chiarezza sullo scopo del servizio. Quando lo staff svaluta le attività significative si sviluppa dipendenza.
Catty J, Goddard K, Burns T.	2005	Regno Unito	98 utenti (20 pazienti di 2 day hospital e 78 utenti di 4 centri diurni), 36 operatori (25 di un Centro diurno e 11 del day hospital attiguo), e 79 operatori degli 8 centri di salute mentale di comunità.	Dati qualitativi nella forma di domande aperte sulle caratteristiche dei day hospital e dei servizi diurni, con un sottogruppo di utenti intervistati (intervista più lunga). Un questionario semi-strutturato sulle differenze tra i servizi è stato somministrato allo staff dei centri di salute mentale e analizzato seguendo l'approccio della <i>grounded theory</i> . Dati quantitativi, sotto forma di questionari raccolti in tutti i sei servizi, riguardanti le pratiche di gestione, le funzioni e i ruoli. I dati sono stati analizzati usando il <i>chi-squared test</i> .	L'organizzazione e l'inflessibilità del day hospital promuove la dipendenza dal servizio.

Autori	Anno	Paese	Partecipanti e tipo di servizio	Metodi	Concettualizzazione
Chopra P. Herrman HE.	2011	Australia	14 pazienti con diagnosi principale di schizofrenia/disturbo schizoaffettivo, accolti in un'unità di trattamento residenziale comunitario di 20 posti letto che garantisce assistenza sanitaria e supporto sulle 24 ore.	Studio combinato retrospettivo e prospettico con dati quantitativi provenienti da: una revisione retrospettiva delle cartelle cliniche usando lo schema predisposto nel servizio per l'audit e la scala "Life Chart Schedule" del WHO; una misura clinica del funzionamento e della disabilità usando le scale "Health of the Nation Outcomes Scale" e "Life Skills Profile"; in aggiunta, analisi tematica qualitativa sul punto di vista dei pazienti usando i dati raccolti tramite intervista usando la "Continuity of Life Instrument".	I pazienti diventano dipendenti dallo staff per le relazioni sociali e per avere un'appartenenza, che a loro volta aumentano l'isolamento sociale. Dipendenza dagli altri a causa delle restrizioni ai diritti e alle responsabilità, e per dover affidarsi agli altri per prendere decisioni. Dipendenza finanziaria causata dal ricevere una pensione di disabilità. Dipendenza significa ambivalenza tra sentimenti di risentimento e accettazione. Dipendenza dovuta a mancanza di attività significative e ricreative.
Kowlessar OA, Corbett KP.	2009	Regno Unito	7 utenti che vivono nella comunità da soli o in un servizio riabilitativo comunitario condiviso.	Interviste semi-strutturate con domande aperte e non guidate. Analisi fenomenologica interpretativa, e approccio <i>case-study</i> idiografico per identificare esperienze condivise, temi singolari, e riflessione ermeneutica.	Dipendenza come perdita di libertà e intimità a causa della condivisione degli spazi con altri pazienti.
Lindström M, Lindberg M, Sjöström S.	2010	Svezia	6 utenti (4 maschi and 2 femmine) di una struttura residenziale di <i>supported housing</i> . Cinque diagnosi di schizofrenia e una di disturbo borderline di personalità.	Analisi comparativa costante basata sulle interviste individuali agli utenti sulle loro esperienze di successo riabilitativo e sul significato della "casa" come un luogo per un processo personale di cambiamento. In aggiunta, sono stati inclusi nel processo di codificazione e formazione di categorie anche i testi scritti dagli utenti e i memo scritti dagli intervistatori.	Dipendere da una relazione di insegnamento finalizzata a raggiungere nuovi livelli di abilità può generare nei pazienti sentimenti di vulnerabilità per l'attaccamento che sviluppano verso gli operatori.
Magnusson A, Lütznén K.	1999	Svezia	Infermieri e operatori della salute mentale che lavorano in un servizio domiciliare per persone con un disturbo mentale di lunga durata.	Tre focus group effettuati in un periodo di 3 mesi, seguendo i principi del campionamento teorico. Note scritte e audioregistrazioni sono state analizzate utilizzando la <i>grounded theory</i> al fine di produrre una cornice concettuale.	Questioni etiche nelle visite domiciliari quando gli operatori possono consapevolmente dover ridurre l'autonomia e promuovere la dipendenza per garantire la sicurezza personale del paziente.

Autori	Anno	Paese	Partecipanti e tipo di servizio	Metodi	Concettualizzazione
Parks SH, Pilisuk M.	1984	USA	39 utenti di una struttura residenziale comunitaria <i>board-and-care</i> .	Interviste strutturate e a domanda aperta sviluppate in una cornice concettuale di <i>network analysis</i> , che indagano dati demografici, quantità e qualità dei contatti, fonti di assistenza per specifiche funzioni di supporto, attributi di network. Inoltre raccolgono informazioni da discussioni informali con gli operatori della struttura.	Dipendenza dallo staff per il trasporto in città a causa della distanza geografica del servizio dalla comunità locale. Dipendenza a causa delle relazioni simil-familiari nel servizio, con gli operatori che assumevano un ruolo simil-genitoriale e che avvertivano frustrazione per questo motivo.
Pejlert A, Asplund K, Norberg A.	1999	Svezia	6 utenti con schizofrenia trasferiti in un ambiente simil-domestico (The Villa).	Interviste narrative individuali audiregistrate, di 30-120 minuti, realizzate dopo 1-2 anni dall'ingresso nella struttura. Analisi delle storie mediante i contenuti narrativi (formulati in temi) e la forma narrativa (analisi della struttura e del linguaggio).	Dipendenza collegata alla mancanza di libertà dei pazienti nell'esprimere opinioni sulla relazione che hanno con gli operatori. Dipendenza da queste relazioni produce sia vissuti di sicurezza sia paura di perdere la relazione.
Petersen K, Houngaard L, Borg T, Nielsen CV.	2012	Danimarca	12 utenti (3 maschi e 9 femmine) di 2 strutture residenziali, ciascuna con 12 utenti. Ogni partecipante presenta una o più diagnosi tra: schizofrenia (8), disturbo bipolare (3), disturbo ossessivo-compulsivo (1), depressione (4).	Basato sull'approccio etnografico di Spradley, lo studio sul campo è diviso in 3 fasi - descrittiva, focalizzata e selettiva - in modo da raccogliere informazioni dagli utenti sulle loro esperienze di coinvolgimento. Il ricercatore si pone come un osservatore partecipante. È stata applicata la cornice concettuale di Spradley sulle situazioni sociali, e sono prese note sul campo. Tutti i 24 utenti hanno fornito informazioni sulla loro esperienza, 12 hanno partecipato alle interviste, e 4 hanno partecipato a un'intervista di gruppo. L'analisi è stata effettuata usando un approccio fenomenologico-ermeneutico, supportato dalla teoria di Paul Ricoeur sull'interpretazione testuale.	Un contesto che controlla gli utenti promuove vissuti di dipendenza a causa della perdita di autorità e spazio decisionale, che è associata a sentimenti di vulnerabilità.

Autori	Anno	Paese	Partecipanti e tipo di servizio	Metodi	Concettualizzazione
Petersen KS, Frits VS, Haxholm BL, Nielsen CV, Wind G.	2015	Danimarca	12 utenti (6 maschi e 6 femmine) con disturbo mentale grave (schizofrenia o disturbo bipolare), in 3 servizi di abitare supportato che attuano una riabilitazione orientata alla recovery.	Studio qualitativo guidato da un approccio fenomenologico ed ermeneutico, con interviste individuali semi-strutturate finalizzate a esplorare e ottenere la comprensione profonda delle prospettive degli utenti sugli elementi favorevoli e ostacolanti il processo di recovery. Analisi guidata dal metodo fenomenologico di Giorgi di analisi testuale e dall'interpretazione ermeneutica.	Dipendere dal servizio per le relazioni sociali principali limita la ostruzione di nuovi contatti sociali nella comunità. Anche il supporto che i pazienti ricevono durante il processo di apprendimento e le abilità per prevenire nuovi episodi psicotici possono favorire la dipendenza dal servizio.
Pinfold V.	2000	Regno Unito	25 utenti e 14 operatori di un servizio di cura e riabilitazione distrettuale.	Interviste semi-strutturate approfondite.	Dipendenza come scelta del paziente di situarsi in una posizione socio-spaziale intermedia lungo un continuum tra uno stato di dipendenza e uno di indipendenza. Questo posizionamento può evolvere nel tempo.
Priebe S, Watts J, Chase M, Matanov A.	2005	Regno Unito	40 utenti (11 femmine e 29 maschi) con psicosi funzionale, seguiti da 9 <i>Assertive Outreach Teams</i> .	Interviste qualitative sulle esperienze di utilizzo dei servizi di salute mentale dal primo contatto. Analisi tematica e <i>grounded theory</i> .	Dipendenza causata dal ricevere troppe organizzazione e attività nella loro vita grazie all'intervento del servizio.
Segal SP, Moyles EW.	1979	USA	499 (12%) , utenti precedentemente istituzionalizzati (campione rappresentativo) e 234 operatori (10%) di alcune <i>sheltered care facilities</i> californiane.	Interviste strutturate estensive e <i>assessment</i> consistenti in: misurazione dello stile relazionale utenti-operatori attraverso 9 item della Community Oriented Programs Environment Scale; misurazione della dipendenza potenziale negli aspetti di obbligo verso l'operatore, desiderio di rimanere, e ostacolo ad andarsene; valutazione degli utenti attraverso una scala di <i>assessment</i> specifica; definizione delle caratteristiche dell'organizzazione e degli utenti.	Dipendenza come misura multidimensionale consistente di vissuti di obbligo verso lo staff, desiderio di rimanere nel servizio e percezione di ostacoli per lasciare il servizio. Un ambiente controllante favorisce la dipendenza dal servizio.

Tabella 1. Caratteristiche degli studi e concettualizzazione della dipendenza nei servizi di salute mentale di comunità.

Studi	Essere dislocati in un "altrove" rispetto al mondo esterno	Rigidità organizzativa dei servizi e mancanza di libertà personale	Senso di obbligo come fonte di risentimento o apprezzamento positivo	Vivere svolgendo attività povere o ricche di significato	Sentimenti di protezione e sicurezza
Bengtsson-Tops et al., 2014	✓	✓	✓	✓	✓
Bryant et al., 2005		✓		✓	
Catty et al., 2005		✓			
Chopra & Herrman, 2011	✓	✓	✓	✓	
Firby & Boothroyd, 1994	✓			✓	✓
Kowlessar & Corbett, 2009		✓			
Lindstrom et al., 2011			✓	✓	
Magnusson & Lütznén, 1999		✓			✓
Parks & Pilisuk, 1984	✓		✓		
Pejlert et al., 1999		✓			✓
Petersen et al., 2012		✓			
Petersen et al., 2015			✓	✓	✓
Pinfold 2000					✓
Priebe et al., 2005		✓		✓	
Segal & Moyles, 1979	✓	✓	✓		✓

Tabella 2. Concetti tematici della dipendenza nei servizi di salute mentale di comunità.

Conclusioni

Orientarsi e perdersi nella dipendenza

Siamo giunti a un punto di arrivo, o più correttamente di sosta temporanea, in questo percorso nella dipendenza degli utenti dei servizi di salute mentale.

Il viaggio era iniziato negli odierni servizi di salute mentale territoriali, dove per la prima volta avevo osservato particolari forme di dipendenza nelle interazioni che si sviluppano nel contatto quotidiano tra gli utenti, gli operatori e il servizio più in generale. Non senza preoccupazione per le implicazioni etiche della mia scelta professionale, avevo iniziato a temere che la responsabilità di questi rapporti “distorti” potesse essere riconducibile al servizio e ai suoi operatori. Allora interpretavo la dipendenza degli utenti come il prodotto inevitabile e peculiare dei principi, delle pratiche – talvolta dei fallimenti e degli errori – della presa in carico territoriale. Quest’interpretazione negativa nasceva da un’esperienza professionale limitata e da un punto di vista che non allargava lo sguardo a orizzonti più ampi, a teatri nei quali la dipendenza è presente ed è già stata osservata, descritta e studiata. Soltanto uscendo dall’ambito del conosciuto ed esplorando senza pregiudizi altri orientamenti e campi disciplinari, è stato possibile rileggere in maniera più articolata l’uso instabile e multiforme che del concetto di dipendenza fanno la psichiatria, la psicologia, la psicanalisi, la sociologia, la storia.

In questo percorso di esplorazione ci siamo imbattuti in soggettività appiattite nella monodimensionalità della clinica delle dipendenze e delle sue rigide

griglie diagnostiche, accecanti nel nitore dei loro tratti e delle loro tendenze. Abbiamo sollevato la polvere depositata da strati di storia istituzionale e riscoperto nella dipendenza il primo strumento, ad un tempo, terapeutico e di paradossale conferma dei concetti di alienazione e inguaribilità attribuiti ai folli. Abbiamo visitato i mondi delle relazioni umane cercando di districare i grovigli scivolosi delle parentele, delle convenienze e delle tradizioni, e intravisto la prospettiva più profonda di una dipendenza foriera di legami positivi e non solo di passività.

Quelle che abbiamo descritto e analizzato sono solo alcune delle forme di dipendenza che si manifestano nei territori reali e psichici del vivere umano. La geografia che abbiamo delineato non pretende di avere caratteristiche di completezza ed esaustività, perché la scelta relativa a quali forme di dipendenza includere nel nostro lavoro è stata necessariamente arbitraria e dettata dalla prossimità tra discipline simili e dalle intersezioni tra campi del sapere diversi. Un lavoro sistematico di mappatura di ogni forma di dipendenza è rimasto al di là della nostra intenzione e possibilità, a causa della pervasività di questo tema in ogni area dell'esperienza. All'opposto, il nostro obiettivo è stato quello di garantire che gli argomenti affrontati mantenessero sempre una connessione chiara con il tema centrale della dipendenza degli utenti dai servizi di salute mentale e che, nel raffronto tra le forme di dipendenza descritte, emergessero in maniera chiara gli elementi di contiguità e di differenza tra di esse, tali da permettere l'individuazione di punti di orientamento sul quadrante di una bussola immaginaria ed evitare di vagare disorientati in spazi troppo ampi.

Il viaggio termina ora al nostro punto di partenza: i servizi di salute mentale territoriali, le loro pratiche quotidiane e le loro contraddizioni. Vi ritorniamo con una comprensione più complessa del fenomeno e l'impressione che la dipendenza degli utenti sia qualcosa che, pur potendosi sviluppare nei confronti di un servizio di salute mentale territoriale, nel contempo lo trascende, lo anticipa e lo supera a causa delle sue radici storiche, sociali e culturali e delle inevitabili connessioni con la soggettività dei singoli utenti e con le loro storie di vita.

Qui prendiamo fiato.

Conserviamo questo volume come il diario del nostro viaggio: il racconto dei territori attraversati, che permette confronti tra le diverse geografie e abbozza alcuni punti di riferimento per altri viaggiatori. Tuttavia, poiché questo diario non costituisce una mappa precisa e univoca del concetto di dipendenza all'interno dei servizi di salute mentale, un esploratore che voglia avventurarsi nei suoi sentieri dovrà essere consapevole dei rischi di inciampo, dei falsi appigli e dei miraggi inevitabili all'orizzonte. La mappa deve ancora essere scritta, e per farlo è necessario un lavoro ulteriore di esplorazione diretta del tema, sul campo delle pratiche quotidiane nei Csm. È il progetto di una nuova ripartenza¹.

¹ Come già anticipato nell'introduzione a questo volume, i capitoli che lo compongono hanno costituito le fondamenta teoriche di un lavoro di ricerca sulla dipendenza realizzato nei servizi

Nel frattempo, nel qui ed ora del lavoro quotidiano in un Csm triestino, due domande si pongono alla nostra attenzione: (1) come riconoscere oggi la dipendenza di un utente dai servizi di salute mentale? (2) cosa farne oggi della dipendenza nei servizi di salute mentale?

È proprio a queste due domande, forse ingenue nella loro formulazione, che vorremmo dedicare queste ultime pagine di riflessione, poiché riteniamo che, al di là dell'approfondimento teorico e della speculazione concettuale, la questione della dipendenza degli utenti rimanga viva e irrisolta nella pratica quotidiana.

COME RICONOSCERE OGGI LA DIPENDENZA DI UN UTENTE DAI SERVIZI DI SALUTE MENTALE?

Questa domanda può essere formulata in modi diversi spostando leggermente, di volta in volta, il focus della questione: dov'è oggi la dipendenza nei servizi di salute mentale? quali forme assume? come si possono differenziare tra loro le possibili configurazioni della dipendenza?

A prescindere dalla formulazione adottata, tutte queste domande ruotano attorno alla questione concreta della valutazione della dipendenza degli utenti: come individuare e misurare la loro dipendenza nei confronti dei servizi di salute mentale.

Ad oggi e per quanto a noi noto, mancano strategie consolidate e condivise di valutazione e strumenti definiti e specifici di misurazione della dipendenza degli utenti nell'ambito dei servizi territoriali.

Pur con i limiti già descritti nel capitolo precedente, la nostra *review* del 2016 suggerisce un'ipotesi di lavoro individuando tre differenti livelli nei quali può svilupparsi una condizione di dipendenza: (1) il livello organizzativo del servizio di salute mentale, (2) il livello interpersonale della relazione terapeutica tra paziente e staff, e infine (3) il livello sociale in termini di relazione tra l'utente del servizio e il mondo esterno. La potenziale dipendenza di un utente può quindi essere indagata in primo luogo sondando queste tre dimensioni e valutando, caso per caso, se siano presenti elementi di dipendenza in una o più di queste.

D'altra parte, alla proposta formulata nella *review* manca un livello di analisi che abbracci campi disciplinari diversi da quello psichiatrico-istituzionale e, di conseguenza, lo schema valutativo proposto non prende in considerazione altri fattori importanti, quali ad esempio le caratteristiche personologiche dell'utente o i contesti socioculturali che facilitano o ostacolano la dipendenza. Il rischio è quello di interpretare anche fenomeni che hanno altre forme e origini come configurazioni di dipendenza dai servizi territoriali.

di salute mentale di Trieste con l'intento di valutarne le dimensioni e le forme, i tempi e le configurazioni spaziali. La "ripartenza" si riferisce all'intento di rielaborare prossimamente i materiali di quella ricerca e proporre la pubblicazione con l'obiettivo di arricchire le conoscenze sull'argomento con dati empirici specifici.

La nostra proposta, per superare questa carenza, è di prendere in considerazione tutto il lavoro di analisi e decostruzione delle diverse declinazioni della dipendenza realizzato nei capitoli precedenti di questo testo e costruire un sistema di orientamento più complesso all'interno dei mondi della dipendenza in ambito di salute mentale. Una bussola che sia adatta ai viaggiatori più diversi: ricercatori, operatori dei servizi di salute mentale, utenti e persone interessate all'argomento.

Attraverso la revisione delle forme cliniche, sociali, culturali e istituzionali di dipendenza, abbiamo potuto osservare come ognuna di esse sia caratterizzata da una configurazione specifica in relazione a: (1) le motivazioni che sottendono gli stati di dipendenza, (2) i soggetti e gli oggetti nei confronti dei quali si strutturano tali relazioni, (3) i meccanismi di produzione e mantenimento di questi rapporti, (4) i contesti sociali e culturali, e (5) i gradi di adesione, rassegnazione o adattamento dei soggetti dipendenti.

Partendo da queste caratteristiche è possibile individuare dei parametri utili a valutare la presenza di fenomeni di dipendenza dai servizi di salute mentale e definirne, per ogni caso particolare, le caratteristiche peculiari. In relazione a ciascun parametro, ogni fenomeno osservato può essere situato lungo un gradiente ai cui estremi si situano due polarità opposte o alternative di configurazione. Di seguito proponiamo un elenco di parametri:

Parametri	Polarità del gradiente
Fonte della dipendenza	interna o esterna al soggetto
Oggetto della relazione di dipendenza	relazione interpersonale o istituzionale
Ampiezza del fenomeno dipendenza	duale o gruppale
Durata della dipendenza	insorgenza recente o remota nel tempo/ tendente alla cronicizzazione
Contesto socioculturale	favorente o stigmatizzante la dipendenza
Intenzionalità	dipendenza cercata attivamente o subita passivamente
Adattamento del soggetto	adesione o rifiuto della condizione di dipendenza
Opinione dell'osservatore in merito alla dipendenza	positiva/vantaggiosa o negativa/svantaggiosa

Adottando questi parametri l'osservatore può scomporre ogni fenomeno di dipendenza in livelli descrittivi più semplici e analizzarne successivamente le caratteristiche peculiari. In tal modo sarà più facile realizzare un raffronto tra il fenomeno che sta indagando e le forme di dipendenza che abbiamo descritto in questo testo, e individuare gli elementi di contiguità e differenza.

L'utilizzo di questa griglia concettuale può permettere di riflettere in maniera più rigorosa sui singoli fenomeni di dipendenza degli utenti osservati nei servizi

di salute mentale, comprendendo, ad esempio, se si tratti di una condizione di dipendenza nei confronti del servizio di salute mentale nel suo complesso o di una delle sue parti, se abbia a che fare con le caratteristiche personalologiche della persona o se vi sia un'influenza rilevante da parte dell'ambiente in cui il soggetto vive, e così via.

È necessario sottolineare che si tratta di un modello ancora primitivo: un'ipotesi di lavoro che necessita di ulteriori ricerche piuttosto che uno strumento utilizzabile acriticamente nella pratica quotidiana. I parametri che abbiamo scelto sono abbozzati e vanno adattati con flessibilità, di volta in volta, al caso particolare; i livelli descrittivi sfumano l'uno nell'altro per le naturali sovrapposizioni concettuali.

I confini tra le diverse forme di dipendenza sono labili e, al tempo stesso, non è possibile categorizzare in termini assoluti un fenomeno così complesso per l'inevitabile intrico di piani che caratterizza ogni dato sociale. Nel mondo reale è pressoché impossibile individuare una condizione di dipendenza che non porti in sé tracce di molte o tutte le forme che abbiamo incontrato nel nostro lavoro di revisione teorica. Esse saranno mischiate e combinate in proporzioni ogni volta diverse a formare la condizione particolare di dipendenza che stiamo osservando in un dato momento. Il nostro compito sarà quello di rintracciare le proporzioni di questi ingredienti e comprendere la sua configurazione complessa.

Valutare la dipendenza di un utente non significa attribuirle un nome preciso e predefinito, quanto invece cercare di riconoscere tutte le sue sfumature e adattare il nostro vocabolario al suo dato di realtà.

COSA FARNE OGGI DELLA DIPENDENZA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE?

Questa seconda domanda indaga il rapporto strumentale tra i servizi territoriali e i fenomeni di dipendenza degli utenti e, racchiudendo in sé numerose questioni (dalla consapevolezza della sua presenza ai diversi tentativi dei servizi e degli operatori di accoglierla, annientarla, contenerla, nasconderla, gestirla o far leva su di essa), interroga direttamente le pratiche quotidiane dei servizi. Più precisamente, le questioni riassunte in questa domanda sono rilevanti perché il rapporto tra i servizi di salute mentale e la dipendenza è un buon informatore dei principi e delle pratiche dei servizi stessi: la capacità di reggere il confronto con le dimensioni di dipendenza culturali, sociali e personali proprie chi si interfaccia con il servizio, la volontà di accogliere in maniera complessa le richieste di intervento evitando di fornire risposte unicamente sul piano clinico, la possibilità di contenere in sé e gestire una quota di dipendenza relazionale evitando al contempo un'istituzionalizzazione rigida e perenne di questa modalità. Infine, allargando il campo delle riflessioni, questa stessa domanda si spinge sul piano politico e, utilizzando il tema della dipendenza come *passepertout*, ci interroga sull'attualità dei servizi di salute mentale territoriali come promotori

di politiche di welfare in contesti sociali che appaiono sempre più impoveriti e orientati all'individualismo.

Da diversi anni è in corso un cambiamento nel paradigma socioculturale dominante nel mondo occidentale: l'equilibrio si sta spostato progressivamente e in misura sempre maggiore verso una dimensione individualistica, sottraendo spazi a una visione collettiva della società². È un momento di passaggio culturale e di trasformazione sociale, nel quale i diritti, gli interessi e i bisogni degli individui diventano preminenti rispetto alla dimensione comunitaria, e ai suoi diritti, interessi e bisogni. La società si sta parcellizzando in un pulviscolo di esistenze individuali e i legami che tengono uniti i singoli all'interno di un progetto collettivo si fanno via via più deboli e parziali. In questo contesto di maggiore autonomia individuale, i soggetti vivono però anche sentimenti di solitudine, precarietà e incertezza, resi più intensi dal progressivo venir meno della fiducia nelle principali istituzioni.

Si tratta di un processo non nuovo, già descritto da Georg Simmel all'inizio del ventesimo secolo con la nascita della società di massa³, e ripreso da Zygmunt Baumann nel 2003 all'interno di una riflessione più ampia sul tema dell'identità⁴. In quel testo Baumann evidenzia come la scomparsa negli abituali ancoraggi sociali incida profondamente sugli individui e sul loro senso soggettivo di identità, minandone le caratteristiche tipiche di naturalezza, predeterminatezza e non negoziabilità.

Baumann ritiene che la voglia di identità abbia origine nel desiderio di sicurezza che ogni individuo nutre, ma evidenzia anche come questo desiderio di sicurezza sia un sentimento ambiguo e a tratti mal tollerato in un'epoca di accentuato individualismo.

«Per quanto esaltante possa essere sul breve periodo, per quanto colmo di promesse e vaghe premonizioni di esperienze ancora inedite, questo sentimento, lasciato libero di fluttuare all'interno di uno spazio dai contorni indefiniti, in un ambiente ostinatamente e fastidiosamente «né carne né pesce», diventa sul lungo periodo una condizione sfibrante e ansiogena. D'altra parte, una posizione fissa tra un'infinità di possibilità non è una prospettiva molto più allettante. Nella nostra epoca di moder-

2 Orsina G. *La democrazia del narcisismo. Breve storia dell'antipolitica*. Marsilio, 2018. ISBN-10: 8831749536

3 Cfr. Simmel G. *Le metropoli e la vita dello spirito*. Armando editore, 1998. Nato a Berlino nel 1958, Georg Simmel è stato un filosofo ed è oggi considerato uno dei fondatori della sociologia. Nelle sue opere ha analizzato gli effetti della modernizzazione e dei grandi agglomerati metropolitani sulle forme di interazione interpersonale. Simmel riteneva che l'avvento della società di massa avesse provocato la disintegrazione delle tradizionali istituzioni della famiglia, dello Stato e della Chiesa, con gravi conseguenze sul processo di sviluppo dell'identità degli individui.

4 Cfr. Baumann Z. *Intervista sull'identità*. A cura di Vecchi M. Editori Laterza, 2003. Sociologo, filosofo e accademico polacco, noto per i suoi studi sulla natura della modernità, Zygmunt Baumann ha analizzato il concetto di postmodernità, coniando la metafora di modernità liquida per descrivere lo smantellamento delle sicurezze e lo stile di vita frenetico della società moderna.

nità liquida in cui l'eroe popolare è l'individuo libero di fluttuare senza intralci, l'essere 'fissati', 'identificati' inflessibilmente e senza possibilità di ripensamento, diventa sempre più impopolare»⁵.

Si tratta, seguendo il ragionamento di Baumann, di un continuo ed instabile oscillare tra la sicurezza e la costrizione, la libertà e il disorientamento. Un oscillare che tuttavia non è uguale per ogni individuo, e che costituisce invece un elemento di discriminazione degli individui all'interno di un certo gruppo sociale.

«L'identità è un potente fattore di stratificazione, uno di quelli che creano maggiori divisioni e differenze. A un'estremità dell'emergente gerarchia globale stanno coloro che possono comporre e decomporre le loro identità più o meno a piacimento, attingendo dall'immenso pozzo di offerte planetario. All'altra estremità stanno affollati coloro che si vedono sbarrare l'accesso alle identità di loro scelta, che non hanno voce in capitolo per decidere le proprie preferenze, e che si vedono infine affibbiare il fardello di identità imposte da altri, identità che trovano offensive ma che non sono autorizzati a togliersi di dosso: identità stereotipanti, umilianti, disumanizzanti, stigmatizzanti...»⁶.

Gli individui, secondo Baumann, appaiono quindi alla ricerca disperata di «un 'noi' di cui entrare a far parte»⁷ e «si assiste a un forte desiderio e a tentativi di trovare o fondare nuovi gruppi che possano dare ai membri un senso di appartenenza e facilitare la fabbricazione di un'identità»⁸. Tuttavia la libertà di scelta non è data a tutti secondo il sociologo: le identità non sono infinite né sono a buon mercato. Chi non riesce a crearsi o non può permettersi una nuova identità, deve accontentarsi e adattarsi a ciò che gli viene attribuito da altri; con rare possibilità di fuga.

Le parole che Baumann usa per descrivere «coloro che si vedono sbarrare l'accesso alle identità di loro scelta, che non hanno voce in capitolo per decidere le proprie preferenze, e che si vedono infine affibbiare il fardello di identità imposte da altri» riecheggiano l'esperienza quotidiana nel campo della salute mentale. Quelle parole, infatti, ci sembrano descrivere con vivace precisione la condizione di chi, vivendo l'esperienza del disturbo mentale, viene privato della possibilità di scegliere, costruire e mantenere l'identità – e la vita – che sente

5 Ivi, p. 31

6 Ivi, p. 42.

7 Ivi, p. 25.

8 Ibidem. Rispetto alla capacità dei diversi gruppi sociali di fornire un'identità ai propri membri, poniamo qui come osservazione (ma senza possibilità di poter sviluppare il tema in maniera articolata) che, così come i singoli appaiono alla ricerca di un'identità, analogamente si può ritenere che anche i gruppi sociali e la società nel suo insieme necessitino di un tale attributo per consolidare la propria esistenza attraverso un significato che si spinga oltre la semplice sussistenza. Si apre quindi una questione relativa alla costruzione identitaria dei gruppi sociali, che probabilmente ha ripercussioni significative rispetto all'attrattività del gruppo stesso per i suoi membri.

come più sua, a causa delle importanti difficoltà che il disturbo determina nella costruzione e nel mantenimento di reti affettive, sociali e lavorative. Agli occhi della società e al loro stesso sguardo, questi individui non hanno altra identità che quella del malato, del matto, del diverso, del pericoloso; nessun'altra alternativa rimane loro a causa della spirale di impoverimento, abbandono e sofferenza spesso determinata dalla presenza del disturbo mentale. Ma quelle stesse parole possono descrivere anche il rovescio della medaglia: il dato consolidato che il disturbo mentale si sviluppa più spesso in quelle esistenze nelle quali vi è già una limitazione nella possibilità di scelta della propria identità a causa dell'indice negativo di tutti o molti dei determinanti sociali di salute⁹. Quelle esistenze nelle quali il caso e il contesto di vita hanno ridotto al minimo la libertà dell'individuo, lasciandogli due sole alternative: la rassegnazione della sconfitta o la follia della rivolta. Le persone con disturbo mentale si confermano, anche nel processo di trasformazione individualistica della società, come le più deboli tra i soggetti del campo sociale.

In questa situazione caratterizzata da radicali e globali trasformazioni degli assetti socioculturali e politici, la psichiatria ufficiale indica chiaramente agli operatori e ai servizi di salute mentale – forse per la prima volta – di uscire dal campo strettamente tecnico e di aprirsi a una visione complessa delle questioni sociali, per assumerle su di sé come correlato ineliminabile del proprio agire in aiuto dei soggetti più deboli¹⁰.

In linea con questa indicazione, riteniamo sia nostro dovere condividere osservazioni e riflessioni personali sull'attualità dei servizi territoriali, per contribuire all'elaborazione teorica sulle pratiche, all'individuazione di nuovi strumenti di intervento e alla riconfigurazione concettuale di quelli in uso. In tal senso, a completamento del lavoro di revisione concettuale e raffronto tra le diverse forme di dipendenza, avanziamo in quest'ultimo capitolo la proposta di fare proprio della dipendenza un oggetto di ricerca attiva e, al tempo stesso, uno strumento di azione pratica per i tecnici operanti dentro e attorno alla questione della salute mentale. Successivamente crediamo che sarà utile allargare la riflessione su que-

⁹ World Health Organization. *Social determinants of mental health*. World Health Organization, 2014.

¹⁰ Bhugra D., Tasman A., Pathare S., Priebe S., Smith S., Torous J., ... e First M. B. (2017). *The WPA-lancet psychiatry commission on the future of psychiatry*. *The Lancet Psychiatry*, 4(10), 775-818. In questo documento elaborato dalla commissione composta dalla World Psychiatric Association e dalla rivista *Lancet Psychiatry*, vengono individuate sei aree prioritarie su cui la psichiatria dovrà porre particolare attenzione nel prossimo decennio, al fine di assicurare il miglior futuro possibile a milioni di persone con disturbo mentale nel mondo. In particolare, la terza area di lavoro riguarda il rapporto tra la psichiatria e la società, come evidenziato nell'abstract del documento: «Increased emphasis on social interventions and engagement with societal expectations might be an important area for psychiatry's development. This could encompass advocacy for the rights of individuals living with mental illnesses, political involvement concerning the social risk factors for mental illness, and, on a smaller scale, work with families and local social networks and communities. Psychiatrists should therefore possess communication skills and knowledge of the social sciences as well as the basic biological sciences.»

sto tema a una dimensione culturale, sociale e politica più ampia che si sviluppi anche al di fuori dal campo ristretto della salute mentale.

Più volte nel passato la questione della dipendenza ha assunto peso e rilievo nelle fasi di transizione storica, quando sotto la pressione del cambiamento sono entrati in crisi i sistemi di valore, le culture e antropologie locali, le forme della socializzazione e i dispositivi di regolazione e controllo dei comportamenti¹¹. In queste fasi di passaggio essa può essere impiegata con una funzione di cartina tornasole dello scarto tra le vecchie e le nuove istanze: stigmatizzata o sostenuta, temuta o ricercata, la sua configurazione viene rimodellata per adattarsi agli usi più vari delle forze di conservazione e di cambiamento. La realtà sociale sfibrata e frammentata nella quale siamo immersi – composta da individui sempre più isolati, accomunati da sentimenti di smarrimento e insicurezza relativi alla propria identità soggettiva, e di sfiducia e diffidenza nei confronti dell'altro – sembra racchiudere in sé le premesse perché la dipendenza possa ritornare ad essere oggi un oggetto utile nella sua qualità di dimensione relazionale: da un lato per formulare nuovi tentativi di analisi e comprensione di dinamiche interpersonali e istituzionali, e dall'altro come strumento per ricucire e rinforzare la trama sfilacciata del tessuto sociale.

I servizi di salute mentale territoriali, storicamente esperti di dipendenza e consolidati promotori di interventi complessi sul sociale, possono rappresentare i migliori candidati a questo compito.

Le riflessioni sulla dipendenza riportate in questo lavoro, evidenziano l'impossibilità, per ogni individuo, di sottrarsi completamente alla dimensione delle relazioni sociali e la conseguente necessità di definirsi in una posizione "di mezzo" tra le alternative opposte di totale dipendenza o autonomia dagli altri. La rilevanza di questo vincolo si palesa in maniera più chiara nelle conseguenze catastrofiche che si manifestano quando, per diversi motivi, possono venire meno i sistemi di contrappesi e bilanciamenti che reggono assieme, in ogni esistenza, dipendenza e autonomia. Se l'exasperazione all'eccesso delle diverse forme di dipendenza può condurre all'annullamento dell'individuo (svuotato di potenzialità dalle forme cliniche di dipendenza, incastrato nelle reti relazionali interpersonali o nelle maglie istituzionali¹²), la realizzazione di un'esistenza umana assolutamente autonoma e libera da vincoli sociali è un'alternativa altrettanto problematica: il tramonto della dipendenza, fino alla sua eclissi totale, coincide

11 Così è stato all'epoca della critica alla dipendenza istituzionale sviluppata in Europa e negli USA dagli anni sessanta, grazie alla nuova sensibilità per i diritti civili e sociali, alla produzione delle nuove politiche di *welfare* e al movimento di deistituzionalizzazione. Nello stesso periodo, nel Giappone del secondo dopoguerra, Takeo Doi paventava i rischi che la scomparsa dell'*amae* avrebbe potuto comportare per la coesione spirituale, culturale e sociale del popolo giapponese.

12 Così avviene nel disturbo di personalità dipendente (Capitolo 1) e nella dipendenza istituzionale (Capitolo 3)

da un lato con la crisi della società – come nel Giappone del secondo dopoguerra¹³ e oggi nei sentieri della moderna democrazia individualista –, e dall'altro con una condizione di insoddisfazione, precarietà e vuoto nel singolo individuo.

Se il principio del *medio stat virtus* è evidente e perfino banale, resta da chiarire quale ruolo debbano assumere i servizi di salute mentale (o psichiatrici, per utilizzare la loro più vecchia ma sempre attuale denominazione), tra promozione dell'autonomia e supporto alla dipendenza. A nostro avviso il compito dei servizi di salute mentale dovrebbe essere quello di riconoscere i bisogni e promuovere i diritti dei propri utenti attraverso la costruzione di relazioni solide, autentiche, basate sulla fiducia e sul rispetto reciproco, siano esse relazioni esterne o interne ai servizi.

L'utente dei servizi di salute mentale territoriali è in linea di principio un componente della comunità al pari degli altri suoi membri: in essa egli dovrebbe poter trovare quella dimensione sociale che assicura un senso di sicurezza, di appartenenza e quindi di identità. Tuttavia spesso, anche all'interno della sua stessa rete sociale la persona diventa vittima di fenomeni feroci di esclusione e stigmatizzazione a causa del suo disturbo, e i servizi psichiatrici diventano i principali mediatori delle relazioni tra gli utenti e la comunità.

Fin dalla sua costituzione disciplinare, il ruolo della psichiatria è stato quello di intervenire sul singolo a tutela della società, e questo rimane ancora il motore di molti servizi di salute mentale. Lungo questo filo rosso della storia psichiatrica si sono talvolta affacciati lampi di deistituzionalizzazione e di lotta per i diritti degli utenti che, per periodi più o meno lunghi e con maggior o minore efficacia, hanno rovesciato i rapporti di forza e favorito la tutela del singolo a scapito di una società che esclude il diverso e nega, nascondendole, le sue contraddizioni interne¹⁴. Il gioco tra queste due posizioni si mantiene vivo tutt'oggi, con scivolamenti periodici nell'uno o nell'altro verso.

Pur aderendo convintamente alla declinazione “deistituzionalizzante” del ruolo dei servizi di salute mentale, non possiamo tuttavia non rilevare alcuni fenomeni potenzialmente problematici anche nel lavoro quotidiano orientato all'ascolto, alla soddisfazione dei bisogni e all'autonomia delle persone. Schierandosi talvolta con decisione e radicalità a favore del rispetto dei diritti dei loro utenti, i servizi di salute mentale rischiano di interpretare in maniera sbilanciata il ruolo sociale della psichiatria: intervenendo nel contesto di vita degli utenti per fronteggiare le cause della loro sofferenza e facendosi carico del reinserimento sociale delle persone, ma tralasciando il supporto particolare che tutta la comunità può richiedere per convivere con una persona che esprime un disturbo mentale¹⁵.

13 Cfr. il paragrafo 2.4: Dimensioni culturali e antropologiche della dipendenza affettiva

14 Cfr. Basaglia F., Basaglia Ongaro F., Giannichedda M.G. *Conferenze brasiliane*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000.

15 Nel momento della richiesta di intervento formulata ai servizi psichiatrici, è quasi sempre chiaro il mandato che il contesto di vita della persona assegna loro. Generalmente a seguito

Laddove la comunità avverte che i bisogni di uno dei suoi membri (in quanto destinatario di interventi dei servizi psichiatrici) vengono iper-tutelati a discapito della collettività¹⁶, non è raro che in essa possano svilupparsi sentimenti di invidia, fastidio, gelosia, diffidenza e rancore, che spostano l'asse delle dinamiche sociali da forme principalmente solidaristiche ed inclusive ad altre più marcatamente escludenti ed egoistiche; ciò avviene tanto più facilmente quanto meno la comunità si sente coinvolta in processi di ascolto, condivisione e supporto dei suoi bisogni: un'attenzione che appare indispensabile per ricostruire una modalità di convivenza tra la comunità stessa e i suoi membri meno compresi e voluti¹⁷. In tali circostanze, la capacità di tenuta e di inclusione della comunità nei confronti dei suoi elementi di contraddizione (in questo caso specifico, le persone con disturbo mentale) risulterà fortemente impoverita. Nel contempo, i diversi attori della comunità possono sviluppare diffidenza e ostilità anche nei confronti dei servizi di salute mentale, che vengono vissuti come servizi “parziali”; un clima di sfiducia che riduce la probabilità che le persone si rivolgano ad

di comportamenti inattesi, bizzarri, anomali, allarmanti e talvolta pericolosi di uno dei suoi membri, nella comunità si sviluppano sentimenti di diffidenza e paura – se non addirittura di aperta ostilità – nei confronti della persona con disturbo mentale. I servizi di salute mentale sono allora chiamati in causa con la richiesta, implicita o esplicita, di garantire il controllo di tali comportamenti e l'eventuale allontanamento della persona dalla comunità (e, con esso, del problema di ordine sociale). Sono meccanismi noti da tempo e descritti con precisione nel saggio “La carriera morale del malato mentale”, contenuto in Goffman E., *Asylums*, cit.). Il tradimento di questa aspettativa securitaria attraverso la messa in campo di letture di contesto e soluzioni alternative può essere causa di sentimenti di incomprensione, smarrimento, sfiducia, risentimento e rabbia nel committente della richiesta e nella comunità.

16 Ci riferiamo qui alle diverse tipologia di intervento che i servizi mettono in campo a favore delle persone con disturbo mentale, in special modo nell'immediatezza o successivamente a una crisi, quando solitamente è più forte la tensione tra l'utente e la sua comunità. È compito dei servizi, in particolare, supportare la persona nelle diverse dimensioni della sua esistenza, ad esempio: 1) nei legami parentali (si pensi ai percorsi di supporto alla genitorialità, specialmente nei casi di conflittualità domestica o nelle situazioni di figli contesi tra i genitori); 2) nelle risorse economiche e materiali (ci riferiamo, all'eventualità della richiesta di un'amministrazione di sostegno per difendere gli interessi economici di un utente in contrasto con la famiglia di origine, o della mediazione con il locatore di un'abitazione danneggiata o con il vicinato infastidito per schiamazzi notturni); 3) nella libertà personale (come quando, tramite la collaborazione con le forze dell'ordine, gli avvocati o la magistratura, si ricercano soluzioni alternative per rispondere a situazioni di paura o conflittualità nel vicinato o anche a eventuali reati). Questi sono solo alcuni esempi di possibili interventi; infinite altre azioni sono possibili, per far fronte di volta in volta alle situazioni contingenti e supportare la persona nei suoi bisogni specifici.

17 Sono dinamiche di disgregazione sociale che ci sembrano molto vicine a quelle descritte da Luciano Carrino nel contesto della cooperazione internazionale. Cfr. Carrino L. *Oltre le tecniche d'importazione nell'aiuto umanitario: l'esperienza di Prodere*. Traduzione di Alice Binazzi Daniel. Tier Monde, 2007. (hdnnet.org/262/1/Salute%20mentale%20e%20cooperazione%20it.doc; sito consultato il 11/9/2018). Dopo aver partecipato alle esperienze di superamento dei manicomi di Parma e di Trieste con Franco Basaglia, Luciano Carrino è stato direttore del Centro di Medicina Sociale di Giugliano dalla sua istituzione nel 1975, a poco dopo il terremoto dell'Irpinia 1980. In seguito ha lavorato nel campo della cooperazione allo sviluppo principalmente in Africa, America Latina, Mediterraneo e Balcani.

essi e finisce per precludere loro una risorsa importante di salute. Sono dinamiche che aggravano ulteriormente, nel lungo periodo, la condizione di esclusione e abbandono vissuta dal soggetto con disturbo mentale, e che possono assommarsi ai simultanei movimenti di espansione del clima di sfiducia che sono in corso da alcuni anni nei confronti di altri membri marginali o fragili della comunità, con un progressivo scadimento degli elementi di coesione sociale che può esitare nella completa polverizzazione dell'humus sociale della comunità¹⁸.

A nostro parere, è dovere dei servizi territoriali di salute mentale impegnarsi a cambiare questa rotta dalla destinazione nota e desolante, poiché essi sono tra i pochi attori della scena che – per storia, configurazione e mandato – detengono la capacità di articolare discorsi e interventi sui singoli così come sui contesti sociali più complessi. L'oggetto "dipendenza", quando estratto dalla valigia degli attrezzi degli operatori dei servizi e adoperato consapevolmente, può costituire una lente ottica di comprensione delle dinamiche sociali e uno strumento di sollecitazione e intervento su di esse.

Da molto tempo psichiatria e dipendenza viaggiano in coppia sulle stesse rotaie, non sempre sullo stesso vagone: la dipendenza degli utenti ha accompagnato stabilmente la psichiatria nel suo incedere storico a volte progressista e altre conservatore, ma sempre tragico nella sua essenza. Sebbene non sia possibile negare questa presenza in seno alla psichiatria, né il ruolo che la dipendenza ha giocato nel dispiegamento del potere psichiatrico sui soggetti¹⁹, per lungo tempo questa compagna di viaggio è stata dissimulata con giochi interpretativi che più recentemente hanno assunto la forma dell'inquadramento diagnostico con l'inclusione della dipendenza tra i disturbi descritti nei manuali psichiatrici. D'altra parte, ogni volta che la psichiatria ufficiale ha cercato di prendere le distanze dalle forme più istituzionalizzate di dipendenza o di imputarne la colpa ai suoi stessi utenti, i grovigli di responsabilità che uniscono la prima alla seconda si sono palesati al mondo in maniera lampante denunciando anche al di fuori del circuito dei tecnici della disciplina l'inestricabile legame tra le due²⁰.

Attraverso il lavoro di ricostruzione delle teorie e delle concettualizzazioni della dipendenza in psichiatria abbiamo cercato di riscoprire e ricostruire, in maniera laica, il patrimonio di conoscenze che questa lunga convivenza ha sedimentato nel corpus di saperi e pratiche della disciplina. Attingendo a queste,

18 Nell'Italia e nell'Europa del 2018 è possibile osservare lo sviluppo di analoghi meccanismi di frattura sociale come reazione agli interventi di solidarietà che le istituzioni mettono in campo a favore dei migranti, delle donne vittima di tratta, dei rom, dei carcerati. Segno che forse la nostra comunità allargata sta perdendo la capacità di dare senso autentico ai gesti di aiuto all'altro, interpretandoli invece come indizi di privilegio e iniquità.

19 Cfr. Foucault M., *Il potere psichiatrico*, cit.

20 Per questo motivo riteniamo più realistica l'ipotesi di una psichiatria che preveda una modalità di analisi, riflessione e gestione delle forme di dipendenza dei suoi utenti, non limitandosi a banali tentativi di negazione e distanziamento.

la psichiatria può ambire a una lettura più complessa delle forme di dipendenza vissute dai soggetti nel loro disporsi nel mondo e nei rapporti che intrecciano con gli altri, impegnandosi in un lavoro di pulizia dalle incrostazioni storiche, sociali, culturali e disciplinari fino ad arrivare a cogliere – forse mai in maniera precisa e definitiva, ma almeno suggestiva e intuitiva – il suo nucleo centrale di verità: la dimensione della relazione concreta di un soggetto con un altro (sia esso un individuo, un gruppo sociale o un oggetto istituzionale). Una volta afferrato il cuore pulsante di questa dimensione relazionale e preso coscienza delle sue implicazioni nell'esistenza del soggetto, la psichiatria può avventurarsi in maniera più consapevole e critica in ciò che da secoli agisce in maniera automatica e acritica: il riconoscimento, la produzione, la gestione e l'utilizzo della dipendenza dei suoi pazienti come strumento e punto di passaggio nella costruzione di relazioni di aiuto complesse e di comunità solidali, che sono parte di un più ampio percorso di ripresa personale da un episodio più o meno lungo di sofferenza. In queste forme relazionali gli operatori dei servizi territoriali devono sapersi mettere in gioco in prima persona, attraverso la costruzione di rapporti interpersonali autentici e di mutuo scambio interni ai servizi di salute mentale, in una vicinanza all'altro che però sia sempre chiara nella modulazione dell'intensità e della durata, così come nelle sue dimensioni costitutive: la propria e l'altrui storia personale, i contesti sociali culturali e istituzionali in cui ciò avviene, lo scarto di potere che vi risiede, le aspettative che induce, le frustrazioni che può generare, l'inevitabile legame affettivo che si svilupperà tra gli individui, lo sviluppo di rapporti comunitari alternativi a quello di provenienza del soggetto. Riteniamo che soltanto attraverso un profondo lavoro di analisi, riflessione e produzione di una consapevolezza critica di queste dinamiche relazionali interne ai servizi di salute mentale sia possibile rendere gli operatori capaci di padroneggiare adeguatamente lo strumento istituzionale del rapporto terapeutico, evitando lo sviluppo inerziale o reattivo di forme cronicizzate di dipendenza negli utenti.

Rimane infine un'ultima questione da affrontare: quella che in precedenza abbiamo definito politica e che si articola come possibilità di traslare dalla psichiatria alla dimensione collettiva più ampia le riflessioni esposte sul valore relazionale sotteso alle diverse forme di dipendenza. Riteniamo che la riproduzione su scala comunitaria dell'approccio alla dipendenza proposto per i servizi di salute mentale territoriali potrebbe contribuire alla ricostruzione di un substrato valoriale comune²¹ in seno a gruppi sociali più ampi; substrato che, a sua volta, sarebbe pre-supposto e strumento di ricucitura delle trame sfilacciate del tessuto sociale.

Essendo i servizi territoriali una componente attiva della comunità e ad essa strettamente connessi, i processi di trasformazione delle dinamiche relazionali

21 Accenniamo qui, in maniera per nulla esaustiva, alcuni dei valori che riteniamo sia necessario porre nuovamente al fondo del pensiero e dell'agire sociale: il rispetto, la fiducia, la reciprocità, la condivisione, la capacità di assunzione di responsabilità rispetto a sé e all'altro.

li che si sviluppano al loro interno si riflettono nel contesto di provenienza degli individui e hanno, quindi, la potenzialità di produrre cambiamenti concreti anche nelle reti sociali preesistenti. A nostro avviso, dunque, laddove i servizi territoriali si dimostrano capaci presentarsi alla comunità come punti di ancoraggio forte per le persone fragili e marginalizzate, concorrendo da un lato al loro supporto attraverso la costruzione consapevole di forme di dipendenza positive e transitorie con i servizi stessi e dall'altro sostenendo la loro inclusione sociale attraverso la ridefinizione dei legami sociali con il contesto di origine, allora anche altri soggetti e istituzioni potranno essere contaminati in questo lavoro sottile di ricostruzione e rinforzo dei legami sociali. Si tratta di allargare il raggio di azione dei servizi fino ad includere tutti gli attori presenti sul campo sociale, non dimenticando di dare parola, ascolto e coinvolgimento a quelli più distanti: coloro che ci appaiono meno coinvolti nella relazione con l'altro, che rimangono ai margini delle solitudini umane assistendo impotenti ed atterriti all'emergere tardivo e deflagrante delle sofferenze altrui, e che richiedono la rimozione dello sconosciuto e informe in un altrove distante e irraggiungibile.

Soltanto includendo costoro (siano essi singoli individui o istituzioni) nell'assunzione di responsabilità verso ogni singolo membro della comunità, quest'ultima sarà forse in grado di assumere più diffusamente in sé le sue parti anomale, le quali non saranno più vissute come estranee, ma come parte di un tutto legato assieme ed interdipendente, e interrompere – o per lo meno ridurre – l'abituale delega alla psichiatria della gestione del diverso e solo.

Siamo consapevoli che prospettiamo un cammino lungo, ma crediamo che valga la pena di intraprenderlo come percorso di reale e ulteriore deistituzionalizzazione, questa volta della stessa dipendenza. Quest'ultima, agli albori della psichiatria, è stata istituzionalizzata come strumento e via maestra per asservire al potere psichiatrico i soggetti che gli erano assegnati. In questo processo, tuttavia, la dipendenza è stata fagocitata dalla realtà istituzionale, è diventata componente fondamentale ed inscindibile della psichiatria e dei suoi fallimenti, e ha perso quelle dimensioni relazionali positive che oggi, in un contesto di salute mentale territoriale, possiamo di nuovo intravedere e costruire. Quest'abbozzo finale è forse illusorio nella facilità, e forse nel semplicismo, con il quale l'abbiamo rapidamente tratteggiato; e tuttavia ci sembra costituire l'unica alternativa "in positivo" per la dipendenza rispetto alle due polarità finora percorse, cioè il suo permanere amorfo e ignoto in seno alla psichiatria (e perciò non governata né governabile) o viceversa la sua espulsione definitiva dall'ambito disciplinare (ma con ciò perdendo, la salute mentale, la possibilità di costruire relazioni umane reali con i soggetti con cui si interfaccia e finendo per diventare una scienza di pura tecnica per singoli, senza più la necessità di un umano che trovi nella relazione intersoggettiva la chiave per accedere al significato della sofferenza degli uomini e delle donne).

Oggi si continua a parlare di dipendenza all'interno dei servizi di salute mentale, ma quasi sempre la discussione si ferma nei corridoi dei servizi e nei discorsi che

divagano dal rigoroso confronto tecnico sui casi clinici. Rimane un argomento noto, eppure tabù; questione sollevata frequentemente dagli operatori nelle loro considerazioni personali, nei dialoghi quotidiani e nelle riunioni di equipe, la dipendenza degli utenti non giunge mai alla dignità della riflessione teorica e della sistematizzazione concettuale; né è argomento di confronto, dialogo e riflessione condivisa con gli utenti dei servizi (men che meno con quelli ritenuti più dipendenti). Riteniamo invece che sia giunto il tempo di porre nuovamente la dipendenza, con tutte le sue implicazioni pratiche, al centro del fare salute mentale: dobbiamo iniziare a riconoscerla, a nominarla, a entrare in confidenza con essa e a tematizzarla dialetticamente nella relazione con gli utenti dei servizi. Ne avremo meno paura quando, assieme ad essa, percorreremo i percorsi complessi che conducono alla recovery o alle durature presenze nei nostri luoghi di cura, in una coabitazione forse più lieve.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Abeles P., Danquah A., Wadge M., Hodgkinson P., Holmes E., *Measuring patient dependency in child and adolescent mental health*, in: "British Journal of Nursing", 16 (17), 2007, pp. 1064-1072.

American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, Washinton DC, 2000.

American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DSM-III*, Milano, Masson, 1983.

American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014.

Ballerini A., *La incompresa "incomprensibilità" di Karl Jaspers*, in: "Atque, Materiali tra filosofia e psicoterapia", 2001(22), 2000, pp. 7-18.

Barton R., *Institutional Neurosis*, in: "British Medical Journal", 1 (5798), 1972, pp. 505-505.

Barton R., *Institutional Neurosis*, Bristol, John Wright, 1959.

Basaglia F. "Potere e istituzionalizzazione. Dalla vita istituzionale alla vita di comunità", in: *Scritti I: 1953-1968*, Torino, Einaudi, Torino 1981.

Basaglia F. (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*, Baldini&Castoldi, Milano 2014.

Basaglia F. e Basaglia Ongaro F., "Postfazione", in: Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2010.

Basaglia F., Basaglia Ongaro F., "La malattia e il suo doppio", in *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino 1971.

Basaglia F., Ongaro Basaglia F., (1956). "Un problema di psichiatria istituzionale: L'esclusione come categoria socio-psichiatrica", in: Basaglia F., *Scritti I: 1953-1968*, Einaudi, Torino 1981.

Basaglia F., Basaglia Ongaro F., Giannichedda M.G. *Conferenze brasiliane*. Raffaello Cortina Editore, 2000.

Baumann Z. *Intervista sull'identità*. A cura di Vecchi M. Editori Laterza, 2003.

Bengtsson-Tops A., Ericsson U., Ehliasson K., *Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life*, in: "Int J Ment Health Nu", 23(5), 2014, 409-418.

Bhugra D., Tasman A., Pathare S., Priebe S., Smith S., Torous J., ... & First M. B. *The WPA-lancet psychiatry commission on the future of psychiatry*. The Lancet Psychiatry, 4(10), 2017, 775-818.

Birtchnell J., *The measurement of dependence by questionnaire*, in: "Journal of Personality Disorders", 5(3), 1991, 281.

- Bonavigo T., Sandhu S., Pascolo-Fabrici E., Priebe, S., *What does dependency on community mental health services mean? A conceptual review with a systematic search*, in "Social psychiatry and psychiatric epidemiology", 2016, 51 (4), 561-574.
- Bornstein R.F., *Beyond orality: Toward an object relations/Interactionist reconceptualization of the etiology and dynamics of dependency*, in: "Psychoanalytic Psychology", 13(2), 1996, 177-203.
- Bornstein R.F., *From dysfunction to adaptation: An interactionist model of dependency*, in: "Annual Review of Clinical Psychology", 8, 2012, 291-316.
- Bornstein R.F., *Interpersonal dependency and physical illness: A meta-analytic review of retrospective and prospective studies*, in: "Journal of Research in Personality", 32(4), 1998, 480-497.
- Bornstein R.F., Kennedy T.D. *Interpersonal dependency and academic performance*, in: "Journal of Personality Disorders", 8(3), 1994, 240.
- Bornstein R.F., Riggs J.M., Hill E.L., Calabrese C., *Activity, Passivity, Self-Denigration, and Self-Promotion: Toward an Interactionist Model of Interpersonal Dependency*, in: "Journal of Personality", 64(3), 1996, 637-374.
- Bornstein R.F., *Sex differences in objective and projective dependency tests: A meta-analytic review*, in: "Assessment", 2(4), 1995, 319-331.
- Bornstein R.F., *The complex relationship between dependency and domestic violence: converging psychological factors and social forces*, in: "American Psychologist", 61(6), 2006, 595.
- Bowlby J., *Una base sicura*, Milano, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.
- Bryant W., Craik C., McKay E., *Perspectives of day and accommodation services for people with enduring mental illness*, in: "J Ment Health", 14(2), 2005, 109-120.
- Burns T., *The rise and fall of assertive community treatment?*, in: "Int Rev Psychiatry", 22(2), 2010, 130-137.
- Carrino L. *Oltre le tecniche d'importazione nell'aiuto umanitario: l'esperienza di Prodere*. Traduzione di Alice Binazzi Daniel. Tier Monde, 2007. (hdrnet.org/262/1/Salute%20mentale%20e%20cooperazione%20it.doc; sito consultato il 11/9/2018)
- Castel R., *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'alienisme*, Les Éditions de Minuit, Paris 1976, trad. it., *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano 1980.
- Catty J., Goddard K., Burns T., *Social services day care and health services day care in mental health: Do they differ?*, in: "Int J Soc Psychiatr", 51(2), 2005, 151-161.
- Chopra P., Herrman H.E., *The long-term outcomes and unmet needs of a cohort of former long-stay patients in Melbourne, Australia*, in: "Community Ment Hlt J", 47(5), 2011, 531-541.
- Chow W.S., Priebe S., *Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review*, in: "BMC psychiatry", 2013, 13(1), 169.
- Claassen D., Priebe S., *Ethical aspects of assertive outreach*, in "Psychiatry", 6(2), 2007, 45-48.

- Compton W.M., Dawson D.A., Goldstein R.B., Grant B.F., *Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol*, in: "Drug and alcohol dependence", 132(1), 1023, 387-390.
- Cooper D., *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, Tavistock Publications, London 1967, trad.it. *Psichiatria e antipsichiatria*, Editore Armando Armando, Roma 1969.
- D'Amico R., "Dipendenza e disagio psichico femminile Analisi teorica e spunti per una riflessione", in: Reale E., Sardelli V., (ed.), *Atti del I seminario internazionale sul disagio psichico della donna*, Alba editore, Roma 1988.
- D'Amico R., "Sensi di colpa nei rapporti di dipendenza", in Castelfranchi C., D'Amico R., Poggi I., *Sensi di colpa. Aspetti cognitivi, affettivi e relazionali*, Giunti, Firenze, 1994.
- D'Amico R., *Dependence and psychological well-being. A theoretical model and some supporting research*, paper presented at the 5th International Conference on Personal Relationships Oxford England, 1990.
- D'Amico R., *Quando la dipendenza diventa disfunzionale: un approccio interpersonale*. (<http://www.gabrielederitis.it/wordpress/>).
- D'Antonio P., *Relationships, reality, and reciprocity with therapeutic environments: a historical case study*, in "Arch Psychiatr Nurs", 2004, 18 (1), 11-16.
- Davidson L., Borg M., Marin I., Topor A., Mezzina R., Sells D.: *Processes of recovery in serious mental illness. Findings from a multinational study*, in "American Journal of Psychiatric Rehabilitation", 8 (3), 2005, pag. 177-201.
- Doi T., *Anatomia della dipendenza*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991.
- Elster J., *Sensazioni forti. Emozioni, razionalità e dipendenza*, Bologna, Il Mulino, 2001.
- Firby P.A., Boothroyd J.M., *Service users' perceptions of a psychiatric day hospital*, in: "Health Soc Care Comm", 2(5), 1994, pp. 301-327.
- Foucault M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli, 2004.
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 2012.
- Freud S., "Tre saggi sulla teoria sessuale", in *Opere*, Vol. IV, Torino, Bollati Boringhieri, 1970
- Freud S., "Inibizione, sintomo, angoscia" (1925), in *Opere*, Vol. X, Torino, Bollati Boringhieri, 1970
- Galimberti U., *Dizionario di psicologia*, Torino, Utet, 1992.
- Gallio G. (ed.), *Basaglia a Colorno. I verbali delle riunioni di staff e di comunità nell'ospedale psichiatrico di Parma (1970 - 1971)*, numero monografico della rivista di filosofia "aut aut" n. 342, il Saggiatore, Milano 2009.
- Gallio G. (ed.), *Cura e partecipazione*, Dossier I-VII, editi dalla Ass n.1 "Triestina" e Enaip-Fvg, 2016.

- Gaston A., *Genealogia dell'alienazione*, Milano, Feltrinelli, Milano 1987.
- Geertz C., *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino, Bologna 1998.
- Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 2010.
- Goffman E., *Frame analysis. L'organizzazione dell'esperienza*, (1974), Roma, Armando Editore, 2001.
- Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Bologna, Il Mulino, 1969.
- Greenberg R.P., Bornstein, R.F., *The dependent personality: I. Risk for physical disorders*, in: "Journal of Personality disorders", 2 (2), 1988, p.126.
- Greenberg, R.P., Bornstein R.F., *The dependent personality: II. Risk for psychological disorders*, in: "Journal of personality disorders", 2 (2), 1988, pp. 136-143.
- Hammen C., *Stress and depression*, in: "Annu. Rev. Clin. Psychol.", 1, 2005, pp. 293-319.
- Hurst K., Howard D., *Measure for measure*, in: "Nursing Times" 84 (22), 1988, pp. 30-32.
- Jaspers K., *Psicopatologia generale*, Roma, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
- Jeevendrampillai V., Campbell W., *A study of new long stay patients in a psychiatric unit*, in: "Nursing Times" 75 (15), 1979, pp. 633-637.
- Koob G.F., *Addiction is a reward deficit and stress surfeit disorder*, in: "Brain Reward & Stress Systems in Addiction", 2015, p. 7.
- Kowlessar O.A., Corbett K.P., *The lived experience of mental health service users in a UK community rehabilitation scheme*, in: "Int J Ther Rehabil", 16 (2), 2009, pp. 85-95.
- Kraus S.W., Voon V., Potenza M.N., *Should compulsive sexual behavior be considered an addiction?*, in "Addiction", 2016.
- Lindström M., Lindberg M., Sjöström S., *Home bittersweet home: the significance of home for occupational transformations*, in: "Int J Soc Psychiatr", 57 (3), 2010, pp. 284-299.
- Lingiardi V., *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Il Saggiatore, Milano 2004.
- Lingiardi V., *Personalità dipendente e dipendenza relazionale: aspetti diagnostici, descrittivi e dinamici*, in: "Psiche. Attaccamenti", n.1, 2011.
- Magnusson A., Lützén K., *Intrusion into patient privacy: a moral concern in the home care of persons with chronic mental illness*, in: "Nurs Ethics", 6 (5), 1999, pp. 399-410.
- Martin D. V., *Institutionalisation*, in: "The Lancet", 266 (6901), 1955, pp. 1188-1190.
- Masling J., O'Neill R., Katkin E.S., *Autonomic arousal, interpersonal climate, and orality*, in: "Journal of Personality and Social Psychology", 42 (3), 1982, p. 529.
- Miller S.M., *Interrelationships among dependency, empathy, and sharing*, in: "Motivation and Emotion", 3 (2), 1979, pp. 183-199.
- Myerson A., *Theory and principles of the "total push" method in the treatment of chronic schizophrenia*, "American Journal of Psychiatry", 95 (5), 1939, pp. 1197-1204.

- Narduzzi K.J., Jackson T., *Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis*, in: "Journal of Clinical Psychology", 56 (6), 2000, pp. 699-710.
- Nelson G., Laurier W., *Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change*, in: J Sociol Soc Welfare, 37, 2010, pp. 123-146.
- Ng H.M., Bornstein R.F., *Comorbidity of Dependent Personality Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review*, in: "Clinical Psychology: Science and Practice", 12(4), 2005, pp. 395-406.
- O'Boyle M., *Personality disorder and multiple substance dependence*, in: "J. Personal. Disord.", 7, 1993, pp. 342-47.
- Onions C.T. *The New Shorter Oxford English Dictionary, Volume I*, Oxford University Press, 1993.
- Orsina G. *La democrazia del narcisismo. Breve storia dell'antipolitica*, Venezia, Marsilio, 2018.
- Parks S.H., Pilisuk M., *Personal support systems of former mental patients residing in board-and-care facilities*, in: "J Community Psychol", 12(3), 1984, pp. 230-244.
- Peele S., *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*, Lexington Books/DC Heath and Com, 1985.
- Pejlert A., Asplund K., Norberg A., *Towards recovery: living in a home-like setting after the move from a hospital ward*, in: "J Clin Nurs", 8(6), 1999, pp. 663-674.
- Petersen K.S., Friis V.S., Haxholm B.L., Nielsen C.V., Wind G., *Recovery from Mental Illness: a service user perspective on facilitators and barriers*. Community Ment Hlt J 51(1), 2015, pp. 1-13.
- Petersen K., Hounsgaard L., Borg T., Nielsen C.V., *User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition*, in: "Scand J Occup Ther", 19(1), 2012, pp. 59-67.
- Pinfold V., *'Building up safe havens... all around the world': users' experiences of living in the community with mental health problems*, in: "Health Place", 6(3), 2000, pp. 201-212.
- Popay J., Roberts H., Sowden A., et al., *Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews*. ESRC Methods Programme Report (unpublished report), Lancaster, University of Lancaster, 2006.
- Priebe S., *Institutionalization revisited – with and without walls*, in Acta Psychiat Scand, 110 (2), 2004, pp. 81-82.
- Priebe S., Watts J., Chase M., Matanov A., *Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study*, in: "Brit J Psychiat", 187(5), 2005, pp. 438-443.
- Sandhu S., Arcidiacono E., Aguglia E., Priebe S., *Reciprocity in therapeutic relationships: A conceptual review*, in: "International journal of mental health nursing", 24(6), 2015, pp. 460-470.

Segal S.P., Moyles E.W., *Management style and institutional dependency in sheltered care*, in "Social Psychiatry", 1979, 14 (4), pp. 159-165.

Simmel G. *Le metropoli e la vita dello spirito*, Roma, Armando Editore, 1998.

Simpson J.A., Gangestad S.W., *Individual differences in sociosexuality: evidence for convergent and discriminant validity*, in: "Journal of personality and social psychology", 60 (6), pp. 1991, 870.

Stein L.I., Test M.A., *Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation*, in: "Arch Gen Psychiatry", 37(4), 1980, pp. 392-397.

Thornicroft G., Alem A., Santos R.A., Barley E., Drake R.E., e al., *WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care*, in "World Psychiatry", 2010, 9 (2), pp. 67-77.

Tyrer P., Mitchard S., Methuen C., Ranger M., "Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders", in: Type R., Type S., *Journal of personality disorders*, 17(3), 2003, pp. 263-268.

Vail D.J., *Dehumanization and the institutional career*, Springfield, CCThomas, 1966.

Whorf B., *Linguaggio, pensiero e realtà*, Torino, Bollati Boringhieri, , 1970.

Wing J.K., Brown G. W. *Institutionalism and Schizophrenia. A Comparative Study of Three Mental Hospitals, 1960-1968*, Cambridge University Press, 1970.

Wing J.K., *Institutionalism in mental hospitals*, in: "British Journal of Social and Clinical Psychology", 1(1), 1962, pp. 38-51.

World Health Organization, *Mental health policy and service guidance package: Mental health context*, 2003.

World Health Organization. *Mental health policy and service guidance package: Organization of services for mental health*, 2003.

World Health Organization, *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, World Health Organization, Geneva, 1992.

World Health Organization. *Social determinants of mental health*. World Health Organization, 2014.

Yamaguchi S., *Further clarifications of the concept of amae in relation to dependence and attachment*, in: "Human Development", 47 (1), 2004, pp. 28-33.

Zusman J., *Some explanations of the changing appearance of psychotic patients: Antecedents of the social breakdown syndrome concept*, in: "The Milbank Memorial Fund Quarterly", 44, (1), 1966, 363-394.

Sitografia (aggiornata al 29/06/2016)

http://www.spiweb.it/psiche__rivista/attaccamenti3

<http://www.treccani.it/enciclopedia/behaviorismo/>

<http://www.treccani.it/enciclopedia/gestalttheorie/>

Finito di stampare nel mese di giugno 2019
presso EUT Edizioni Università di Trieste