

Contenzione e psichiatria: un problema sociologico

“Perchè se non per mantenere questo rassicurante ruolo oggettivo del malato, l'istituzione psichiatrica è impostata su repressioni, imposizioni arbitrarie, sopraffazioni e soprusi che vanno dalla diagnosi, all'inquadramento psicopatologico, al ricovero, a tutte le forme di violenza e di esclusione? Finchè lo psichiatra avrà il potere di definire il comportamento del malato con i significati psicopatologici che più gli piacciono, farà presto a giustificare le sue aggressioni con la necessità – di fronte agli eccessi della malattia – di un controllo terapeutico che va dal pugno di ferro al guanto di velluto...”

Franco Basaglia, Crisi istituzionale o crisi psichiatrica?

“Il fatto che un individuo che è stato oggetto di sopraffazioni, che è stato escluso dalla società generale, spogliato dalla sua identità e ridotto a un oggetto e che ora vien fatto segno a tentativi di persuasione perchè accetti quelle regole in base alle quali è stato escluso, ecc.; il fatto che un individuo in queste condizioni reagisca, protesti, eventualmente in forma violenta, è il fenomeno cruciale dell'esperienza ospedaliera”.

Gian Antonio Gilli, Una intervista: la negazione sociologica

La violenza e l'istituzione

La contenzione (meccanica o farmacologica) è largamente impiegata nella pratica psichiatrica. Nonostante l'ordinamento giuridico neghi esplicitamente questo quadro interpretativo, essa è vista come “atto terapeutico” o più spesso come “modalità di gestione”. Il fatto che sia ancora praticata e diffusa dimostra che nella clinica delle malattie mentali non si è ancora sciolto il legame tra cura e custodia, tra “risposta al bisogno” e “controllo della pericolosità sociale”. Questa sovrapposizione di mandati non costituisce né un residuo arcaico né una contraddizione nuova: essa permane da quando la psichiatria è stata assunta tra le funzioni del giovane stato borghese, impegnato a formulare risposte tecniche ai problemi esplosivi posti dalla questione sociale nel corso del XIX secolo.

Se indaghiamo archeologicamente l'uso della contenzione in psichiatria risaliamo al dispositivo della “punizione e ricompensa” che inizia a svilupparsi nella medicina mentale della fine del XVIII secolo, ancora per nulla cartesiana altresì dominata da teorie “cosmologiche” sui reciproci influssi delle passioni, dello spirito e delle docce fredde somministrate a scopo terapeutico. A latere di queste riflessioni si insinua progressivamente l'apprezzamento dell'effetto propriamente “psicologico” della sanzione, attorno a cui si strutturerà l'idea del trattamento morale della follia. Sarà l'internamento “scientifico” di Pinel a formalizzare l'importanza dell'ordine educativo, dei castighi e dell'autorevolezza del medico nel funzionamento quotidiano dell'istituzione asilare¹. La psichiatria positivista erediterà tale corpus moralistico e ne riformulerà i risultati in termini oggettivistici, producendo un sistema sostanzialmente invariato fino ai giorni nostri².

È dunque necessario indagare le “condizioni istituzionali” che riescono a distorcere il volto di

1 Il riferimento è ai capitoli “Del buon uso della libertà” e “Nascita del manicomio” in Foucault, 1972. Si veda questo paragrafo: “Il folle “liberato” da Pinel e, dopo di lui, il folle dell'internamento moderno sono personaggi sotto processo; se hanno il privilegio di non essere più mischiati o assimilati ai condannati, sono però condannati a essere ad ogni istante sottoposti a un atto d'accusa il cui testo non è mai mostrato, poiché è formulato da tutta la loro vita nell'asilo.”

2 Nel denunciare la “crisi istituzionale”, Basaglia non manca di riconoscere i progressi scientifici apportati alla psichiatria dalla psicanalisi e dalla psichiatria antropologica. Tuttavia ciò che rimane immutato è il rapporto di oggettivazione e di potere che caratterizza la relazione psichiatra-malato. Le nuove teorie si sono “mantenute all'interno di una struttura psicopatologica dove, anziché mettere in discussione l'oggettivazione che era stata fatta del malato, hanno continuato ad analizzarne i vari modi di oggettualità. Si sono cioè mantenute nel sistema”.

questa violenza fino a trasfigurarla in un atto terapeutico o di gestione. Il riferimento obbligato è a Goffman che, “in qualità di non psichiatra (in quanto libero da ogni pregiudizio scientifico a riguardo) (...) è riuscito a trovare, al di là di ogni classificazione e codificazione, il significato razionale e umano di malati mentali, la cui razionalità e umanità vengono sistematicamente distrutti, all'interno dell'istituzione deputata alla gestione dell'irrazionale e dell'inumano”³. Nella sua opera troviamo gli strumenti per analizzare il ruolo che la contenzione svolge nell'economia generale del servizio psichiatrico, come garantisce la sua gestione e la sua autoriproduzione, l'ideologia di cui partecipa e le razionalizzazioni che su di essa si operano. È utile richiamare il contenuto delle analisi di Goffman sull'istituzione totale, ancora oggi attuali e ricche di conseguenze.

L'istituzione totale fagocita il corpo dell'internato e lo sottrae ai legami precedenti all'internamento. I tempi sempre uguali scanditi dalle abitudini e dai regolamenti, le gerarchie interne tra gli internati e lo staff, i sistemi di sanzioni e premi servono a costruire una nuova identità per l'internato, spogliato dal suo precedente ruolo sociale e disponibile come mero “oggetto” nelle mani dell'istituzione. Il rapporto tra internato e istituzione si svolge sul crinale di questo drammatico gioco: lo staff dell'istituzione ha l'obiettivo di ristrutturare il “self” del paziente in modo da adeguarlo all'ideologia psichiatrica. Da parte sua, l'internato mette in atto disperate strategie per ritagliarsi momenti in cui la sua ricerca di identità sia libera dalla pressione istituzionale⁴.

Il luogo psichiatrico d'elezione per le varie forme di contenzione è il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che possiamo analizzare utilizzando gli strumenti descrittivi di Goffman. Si tratta infatti di un luogo chiuso, in cui l'intera vita dell'utente è sottoposta a restrizioni e controlli, le relazioni sociali che vi si svolgono sono distorte e nascoste dal modello di relazione terapeutica: attraverso questa “riconfigurazione sanitaria” scompare ogni altro aspetto della relazione tra lo staff tecnico e il paziente. Tutto ciò che all'interno di un SPDC rimanda al tema della custodia, della chiusura, della detenzione e del controllo della pericolosità viene ricondotto e fissato entro il modello medico, diviene sistema di affrontamento dei “sintomi”: come scrive Goffman, un sistema di credenze, parole, sentimenti, ha il compito di “sostenere e stabilizzare la definizione della situazione come di un servizio medico” (p.378).

Il paziente entra infatti nell'istituzione totale come oggetto patologico: la cartella clinica riassume questo processo di adattamento della sua natura all'internamento ospedaliero. L'istituzione dispone di un sistema di interpretazione e descrizione dei fatti: gli eventi interpersonali sono descritti in modo da essere incarnati nella natura patologica del paziente (p. es. conflitti, disordini, vissuti di perdita e persecuzione si incarnano nell'individuo e diventano “agitazione psico-motoria”). L'assimilazione dei comportamenti al modello medico realizza la confusione sistematica tra l'obbedienza agli altri e il proprio adattamento personale. Osservando i modi in cui lo staff definisce la natura dell'azione ospedaliera sul paziente, Goffman individua le caratteristiche “terapeutiche” che vengono attribuite alla custodia: il sollievo dalla responsabilità e il senso di sicurezza. In questo lo staff interpreta e giustifica ciò che Goffman invece riconosce come “uso disciplinare di pratiche mediche”.

Nell'ideologia delle istituzioni totali “si deve scoprire un crimine che si adatti alla punizione e ricostruire la natura dell'internato per adattarla al crimine”⁵. La vita nel reparto ospedaliero è organizzata attorno alla definizione medica della diagnosi, ma il modello organizzativo che sostanzia il trattamento non ha nulla di medico. La psichiatria ha da sempre convissuto con la consapevolezza che la vita di reparto non è la risposta tecnica più adatta, per esempio, alla psicosi funzionale, “tuttavia, lo staff dell'ospedale psichiatrico deduce che le condizioni di vita del paziente

3 Basaglia, introduzione a “Asylums. Le istituzioni totali”. Le citazioni che seguono sono tratte dal testo di Goffman

4 È merito di Gregory Bateson aver permesso una comparazione con l'esperienza soggettiva di Perceval, il paziente che narra la propria psicosi tra il 1830 e il 1832. Impressionante continuità della pratica istituzionale che impedisce al narratore, sottoposto al regime asilare, di “esplorare il senso del proprio delirio”.

5 Goffman, citato da Basaglia nell'introduzione

sono l'espressione delle loro capacità e della loro organizzazione personale, e, insieme, la risposta medica ad esse” (p 374). La violenza con cui lo staff adatta l'internato all'istituzione è ricoperta di razionalizzazioni scientifiche. L'istituzione, con il suo discorso tecnico, è demandata a gestire il numero degli esclusi e a razionalizzarne l'espulsione.

Il lungo processo di “medicalizzazione” della psichiatria, che ha cercato di normalizzarne la pratica e di assimilarne la teoria all'asciutta oggettività delle scienze positive, non ha permesso di superare il problema della gestione dell'abnorme e dell'escluso, che ancora vive nel controllo della “crisi”. Anche un'impostazione puramente medica, orientata a rafforzare la scientificità della psichiatria come disciplina della riparazione, non risolve la contraddizione di fondo poiché la stessa medicina ripropone a un livello più ampio il tema dell'esclusione, della sua gestione e della sua razionalizzazione scientifica. Affrontare allora la contenzione nei servizi psichiatrici con approccio sociologico si inserisce pienamente nella necessità, individuata da Franco Basaglia, di “uscire dallo specifico psichiatrico” per riconnettere le pratiche dei servizi di salute mentale al piano più ampio delle questioni sociali. Si tratta di proseguire l'indagine del rapporto “tra l'escluso e ciò che lo esclude”, intendendo con “l'escluso” la persona che trova nella malattia mentale uno dei modi di espressione del suo bisogno e con “ciò che lo esclude” la società e i suoi sottosistemi produttivi, riproduttivi e distributivi.

È opportuno chiarire che il mandato e la struttura dei servizi di salute mentale si sono differenziati e complessificati rispetto all'epoca in cui l'internamento manicomiale era l'unico strumento della psichiatria. Il lungo e tortuoso processo di implementazione della legge 180 del 1978 ha prodotto una realtà estremamente differenziata e frammentaria. Il mandato “alto” espresso dalle norme sottolinea gli obiettivi di integrazione sociale, sostegno alla salute e alla capacità di partecipazione politica della popolazione debole o socioeconomicamente deprivata. La pratica reale dei servizi rimane tuttavia segnata da significative carenze, segmenti di gestione ancorati alla cultura manicomiale e franche inadempienze della legge. La pratica dei servizi di salute mentale tende a riprodurre una forma di “inclusione” gravemente deficitaria, che lungi da realizzare l'acquisizione della piena cittadinanza, si traduce in una forma di “intrattenimento” dell'utenza (Saraceno, 1995). La Commissione di Inchiesta Parlamentare sul Sistema Sanitario Nazionale ha recentemente rilevato che esistono zone in cui le linee guida della legge 180\1978, e dei vari Progetti Obiettivo Salute Mentale sono stati “disattese”, producendo “lacune, anche gravi, nella rete globale dell'assistenza sanitaria, fino a situazioni di franco degrado”.

“Capita, nei centri di salute mentale, che i maggiori fruitori dei servizi siano coloro che hanno maggiore capacità di fruire, spesso una molteplicità di interventi è utilizzata da uno stesso gruppo di persone. Capita, cioè, che il medesimo utente disegni, danzi, parli, si confronti, si auto-aiuti, mentre chi sta peggio distrugga, scappi, non risponda (neppure al telefono o al campanello della porta di casa). Per questi utenti irriducibili esistono linee guida non scritte ma applicate solertemente nella maggior parte dei casi in cui non vi sia il tanto temuto “abbandono dell'utente”: ricovero, trattamento farmacologico e inserimento in comunità residenziale”⁶. Secondo Fioritti, Priebe et al. la reistituzionalizzazione è un rischio connesso alle strutture sociali e al loro cambiamento nel senso di una generale tendenza al contenimento, piuttosto che un fenomeno legato a cambiamenti nella morbilità. Come ammettono gli autori, guardando al numero di ricoveri coatti, degenze prolungate in posti letto ospedalieri e forme di “cronicizzazione istituzionale”, nei paesi occidentali è in corso un processo di reistituzionalizzazione che non è legato a significativi cambiamenti nell'occorrenza delle diagnosi ma piuttosto alla scarsa accessibilità di possibilità di inclusione sociale sull'asse casa-lavoro. Gli autori inoltre concludono che il corpo professionale della psichiatria, in momenti di insicurezza e instabilità, torna ad essere investito di aspettative di controllo e di domande securitarie (Fioritti, Priebe et al 2007). Neanche questa consapevolezza è nuova: Richard Warner aveva

6 Anna Maria Accetta, Cristina Boscolo, p. 76, “Perché otto ore ci sembran poche. Un commento delle operatrici del gruppo voci” in Cardano, Lepori, 2012

chiaramente stabilito la connessione tra ideologia psichiatrica, tassi di guarigione e andamento del mercato del lavoro: dopo un imponente lavoro di metanalisi sui tassi di manicomializzazione, dimissione e guarigione dal 1830 al 1970 arriva a concludere che “sia la nozione di trattamento che quella stessa di psicosi sembrano essere state influenzate da fattori economici e politici. L'ideologia e la pratica della psichiatria sono dipendenti, in misura significativa, dalle condizioni materiali” (Warner, 1991) In pratica, la prassi psichiatrica risponde alle pressioni del contesto socioeconomico, promuovendo le possibilità di guarigione quando c'è carenza di forza lavoro e producendo invece cronicità e abbandono nei periodi di stagnazione economica⁷.

Analisi più recenti non hanno affatto smentito questa lettura, anzi ne hanno allargato il campo di applicazione. Come sostengono Mario Cardano e Giulia Lepori, “i sistemi di promozione e protezione della salute mentale risentono dell'andamento delle politiche sociali riguardanti gli elementi costitutivi della sicurezza sociale cioè istruzione, previdenza e sanità. Di fronte al pesante ridimensionamento di tali politiche sociali, i sistemi di salute si trovano costretti a utilizzare un maggior numero di risorse e a medicalizzare bisogni di natura non sanitaria” (Cardano, Lepori, 2012). La “medicalizzazione di bisogni non sanitari” costituisce un importante punto di osservazione del rapporto tra società ed esclusi. Come ha sottolineato Conrad (2007) la medicalizzazione può essere l'unico modo per vedersi riconosciuto un bisogno: rallentare i ritmi di produzione, ottenere maggiore attenzione dall'ambiente circostante, rivendicare facilitazioni e agevolazioni possono essere motivi per cui diventa vantaggioso “farsi etichettare”, barattando lo stato di minorità collegato al ruolo di malato con l'acquisizione di una garanzia che altrimenti sarebbe irraggiungibile. “Utilizzare un maggior numero di risorse” in campo medico non significa necessariamente incrementare il benessere della popolazione. Ancora Warner dimostra che non c'è una correlazione diretta tra andamento della spesa e tassi di guarigione nella psichiatria europea e nordamericana dell'ultimo secolo. “Maggiori risorse” può significare maggiore internamento, maggiore profittabilità economica dell'ospedalizzazione, cioè riproduzione del malato come merce nell'istituzione, del malato valorizzato per il posto letto che occupa, per gli investimenti assistenziali cui dà luogo.

I servizi di salute mentale oggi forniscono un perfetto ambito di riscontro di queste ipotesi. Secondo le specifiche del Progetto Obiettivo Salute Mentale 2006 – 2008, che riprende in forma applicativa i principi della l.180/1978, i servizi devono concentrare prioritariamente i loro sforzi nella presa in carico di cittadini isolati e a maggiore rischio di cronicizzazione. Nell'impostazione del Progetto il “bisogno di salute mentale” viene collocato in un'ottica complessa e socializzata. Nello spirito della riforma sanitaria, la malattia mentale è vista come un fatto storico-sociale, che va denaturalizzato e messo in relazione con le circostanze socioeconomiche e ambientali. Tale impostazione oggi è spesso giudicata “ideologica”: si è infatti affermata una tendenza secondo cui a specifiche condizioni “naturali” dell'utente corrisponde una precisa modalità di presa in carico (cfr. Cardano, Lepori, 2012). La domanda espressa dal contesto viene analizzata in modo semplicistico o non viene analizzata affatto, se non in termini di “richiesta di espulsione”; non viene dunque colta l'interazione di processi naturali e sociali che la determina. La malattia deve essere oggettivata, categorizzata, incasellata. Solo così il malato diviene *merce*, valorizzabile dalle istituzioni che si occupano della sua gestione. Ad ogni etichetta diagnostica deve fare immediatamente seguito una prestazione, dotata di un certo costo, attribuita a certi specialisti. Questa connessione deve essere univoca, sancita da un gruppo di tecnici e formalizzata in un protocollo.

Come prevedeva Basaglia, l'inserimento completo della psichiatria nella medicina non ne ha risolto

⁷ Richard Warner mette chiaramente in relazione la condizione dei pazienti psichiatrici a quella dell'esercito di lavoratori di riserva, la cui dinamica di riproduzione è stata individuata da Marx: “L'analisi marxiana suggerisce che il trattamento della grande maggioranza dei malati di mente rifletterà sempre le condizioni proprie delle classi più povere della società (...); significativi sforzi, nel campo del trattamento, saranno rivolti solo a quei lavoratori qualificati che soffrono di disturbi psichici acuti, la cui perdita, dalla manodopera disponibile, implica la corrispondente perdita degli sforzi fatti per il loro training” (p 226)

le contraddizioni. La “manipolazione dei bisogni” che le istituzioni operano si mantiene viva ed operante pure in ambito sanitario. La riduzione del soggetto a cosa sotto il potere dello sguardo medico espropria il malato dalla sua esperienza, “il malato si trova a vivere la sua malattia come qualcosa di estraneo alla vita, per affrontare il quale deve affidarsi alla “scienza” diventando tutto malato. Il che gli impedisce di vivere la malattia come un’esperienza personale che non spezzi il continuum della vita e alla quale potrebbe soggettivamente partecipare con l’aiuto della scienza”⁸. Non è per caso che abbiamo posto la questione dell’istituzione totale e della medicalizzazione al cuore della nostra ricerca sulla contenzione: da questi due “luoghi” derivano i dispositivi tecnici di gestione che oggi formano gran parte della pratica psichiatrica.

Per un'epidemiologia sociale della contenzione

Capire la diffusione della contenzione in psichiatria oggi non è facile poiché non esistono mezzi di rilevazione attendibili e uniformi sul territorio nazionale. In primo luogo dobbiamo chiarire la pervasività istituzionale del fenomeno. Come abbiamo detto il suo luogo d’elezione è il Reparto Psichiatrico di Diagnosi e Cura, esso si accompagna ad altri contesti genericamente restrittivi (come il Carcere, i Centri di Identificazione ed Espulsione, le Strutture Protette per Minori, le Case-Famiglia per Madri Sole, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, molteplici altri reparti ospedalieri come Pronto Soccorso, Geriatria, Chirurgia). Particolarmente difficile risulta la rilevazione del fenomeno in Case di Riposo per anziani, Case di Cura Neuropsichiatriche, Strutture Protette, Residenze a Trattamento Prolungato e altri luoghi del “circuito parallelo”⁹, la cui integrazione e supervisione da parte del Sistema Sanitario Nazionale è discontinua, frammentaria e lacunosa. La rilevanza “psichiatrica” di questi luoghi è variabile; dove però non vi è una *mission* specificamente psichiatrica vi è un intervento psichiatrico di consulenza per presiedere alla contenzione meccanica o a quella farmacologica.

La distinzione interna al concetto di contenzione, cui sopra si è fatto cenno, è di primaria importanza. La contenzione meccanica è quella eseguita con vari presidi come cinghie, fascette, spondine e bracciali di immobilizzazione, per limitarci ai dispositivi più “puliti” che certo non esauriscono le infinite possibilità che la “regione strumentale” può escogitare. La contenzione farmacologica si esegue solitamente con neurolettici tradizionali o atipici. Queste forme di contenzione sono state a più riprese definite e regolate all’interno di protocolli e linee guida per la gestione dell’agitazione psicomotoria, in un tentativo di “razionalizzazione tecnica” della contenzione che le istituzioni sanitarie provano a svolgere per amministrare questa forma di violenza entro la pratica clinica.

Un altro importante elemento di riflessione è il luogo che abbiamo definito “di elezione” della contenzione in psichiatria: il reparto ospedaliero di diagnosi e cura. Il ruolo del reparto ospedaliero nei servizi di salute mentale va indagato con una appropriata attenzione di tipo epidemiologico-sociale per capire il peso specifico assunto dalla pratica ospedaliera nell’equilibrio generale dei servizi di salute mentale e le modalità di “manipolazione del bisogno” che attraverso esso si operano. La questione può non apparire di immediata comprensione, quindi ci sembra necessario procedere a situarla storicamente e logicamente. Il ruolo dei reparti psichiatrici negli ospedali generali è apparso critico fin dalla approvazione della legge 180, se già Basaglia, prevedendo che il reparto avrebbe avuto la tendenza a porsi come luogo isolato e rigidamente ospedaliero, concludeva che questo avrebbe distrutto i presupposti della riforma psichiatrica. Vale la pena di rileggere uno stralcio del suo commento alla legge pubblicato il 15 giugno 1978: “La facile previsione è che da un

8 Franco Basaglia Scritti. II, Dall’apertura del manicomio alla nuova legge sull’assistenza psichiatrica, Einaudi, Torino 1982.

9 L’espressione è di Renato Piccione, indica l’insieme dei soggetti privati che operano sul mercato dei prodotti psichiatrici senza o con una lasca connessione con il Servizio Sanitario Nazionale, in spregio dei principi della avanzata legislazione psichiatrica. Cfr. Piccione, 1996

lato resteranno i manicomi, eufemisticamente superati; dall'altro la nuova psichiatria dei servizi autonomi e specifici rapidamente si riconvertirà nei vecchi reparti psichiatrici, riproponendo il ghetto dell'emarginazione, della violenza, della segregazione di ogni forma di disagio e di dissenso, con l'aggravante di rendere le strutture ospedaliere più impraticabili di quello che non siano attualmente”¹⁰.

Per Basaglia il punto di forza della riforma sanitaria, di cui la 180 era parte, consisteva piuttosto nel rompere le rigide gerarchie di ruolo garantite dall'istituzione totale, costringendo la pratica medica a confrontarsi con il terreno sociale, il contesto in cui la sofferenza nasce e si fa visibile, in cui chiede di essere affrontata da una scienza non più interessata solo alla riproduzione dei suoi mandarini, ma capace di cimentarsi con il mandato democratico della partecipazione e dell'uguaglianza. Si trattava di un'ampia presa di coscienza sul ruolo che la medicina in generale e la psichiatria in particolare avevano svolto nella legittimazione dell'esclusione sociale, nel nascondimento dello sfruttamento, nella naturalizzazione del disagio proveniente dalle condizioni di vita insopportabili delle città e della fabbrica. Un ampio movimento, definito di “Medicina critica” in un importante libro di Luciano Carrino, aveva costretto le forze politiche a cimentarsi con le necessità non più prorogabili poste dalla presa di coscienza di un'ampia parte del movimento operaio organizzato.

La legge 180 prevede infatti interventi ospedalieri solo nel caso che non siano disponibili alternative sul territorio. La scommessa della territorializzazione della psichiatria era dunque una sfida al modello medico dominante. Secondo l'indicazione formulata da Crepet e De Salvia (1982), la territorializzazione dei servizi era orientata a produrre una riformulazione delle domande di cura e presa in carico. I riformatori erano consapevoli che l'offerta di servizi disponibili imprime una certa direzione alla definizione del bisogno sociale. In altri termini, le modalità che i servizi territoriali adottano per rispondere alla generica “domanda di salute” modificano la domanda stessa, scavano nel “volto istituzionale” della malattia e scovano le contraddizioni sociali reali: essere presenti sul territorio, in quartiere, in fabbrica, là dove la sofferenza emerge dalla realtà della vita, permette alla popolazione di riconoscere meglio i suoi bisogni, permette ai gruppi emarginati di contrastare l'espulsione. Incontrando una sofferenza ancora informe, prima dell'etichettamento diagnostico, gli operatori mettono in questione le dinamiche sociali di invalidazione penetrando nella scuola, nei servizi per l'infanzia, nei quartieri degradati. A fronte di queste premesse, oggi possiamo riconoscere il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura come il luogo di un compromesso, fallito, tra gestione sociale e gestione sanitaria della crisi psichiatrica. Esso ha assunto una centralità senza alternative nella gestione della crisi, riconfermando l'antico “volto istituzionale” della malattia e informando di sé la pratica di tutti i servizi psichiatrici. In esso ha luogo il circolo vizioso tra medicalizzazione della crisi e riproduzione della struttura in cui questa avviene. La centralità assunta dal reparto ospedaliero nel trattamento della salute mentale informa di sé la pratica ambulatoriale dei Centri di Salute Mentale e la produzione dei modelli attraverso cui il disagio si performa¹¹. Negli utenti lungamente presi in carico, il circuito vizioso tra “crisi” e “risposta medicalizzante della crisi” non fa che cronicizzarne la “carriera morale” di paziente. Questa dinamica si “incorpora” negli operatori durante gli anni della formazione e della pratica, il loro modello medico-ambulatoriale determinerà la futura “carriera” della persona sottoposta a trattamento psichiatrico. In questa dimensione va compresa l'importanza del Reparto SPDC, cuore oscuro della strutturazione dei servizi e della conseguente strutturazione delle traiettorie esistenziali, impenetrabile “teatro” che mette in forma l'epidemiologia della malattia.

Appare più chiaro il quadro entro cui situare la questione della contenzione. Essa è una delle pratiche che riconfermano la minorità del malato, la sua oggettivazione e la funzionalità del suo trattamento per gli interessi dell'istituzione medica. La contenzione interviene quando la riduzione

¹⁰ Articolo apparso su Repubblica, citato in Onnis, Lo Russo, 1979

¹¹ Sin dall'opera pionieristica di Ruth Benedict le scienze umane sono consapevoli della storicità e della variabilità dei modi di manifestarsi della malattia mentale.

dell'uomo a cosa si scontra con l'imprevisto della sua soggettività, per annientare quest'ultima riportando l'ordine nella organizzazione istituzionale. Capire la sua diffusione significa quindi vederne la sua funzione, collocarla all'interno dei sistemi che su di essa si fondano e rivelarne la presenza nei discorsi che la razionalizzano. Come suggerisce Robert Castel ne “Il mito della deistituzionalizzazione”¹², “dal tempo in cui prigione e manicomio si spartivano il dominio esclusivo dell'internamento, la rete delle istituzioni segregative si è allargata e differenziata e il passaggio dell'internamento si è complicato a tal punto che risulta difficile tracciarne la mappa esatta. Sarebbe dunque ingenuo, oltre che pericoloso, prendere alla lettera un certo discorso modernista che si basa unicamente sulle innovazioni e che, quando è costretto a riconoscere i residui dell'antico ordine psichiatrico, li definisce appunto come mere sopravvivenze o arcaismi. Una delle funzioni politiche dell'ideologia del cambiamento consiste proprio nel ridurre lo stato di un sistema sociale alle sue trasformazioni più spettacolari che non intaccano necessariamente la base del sistema”. Castel parla del processo americano di deistituzionalizzazione, che avvenne soprattutto per ridurre i costi dell'internamento manicomiale. Non ci sembra fuori luogo applicarne le riflessioni al caso italiano in virtù di una analogia schiacciante: la deistituzionalizzazione italiana è stata, nelle sue formulazioni più avanguardistiche, frutto dell'impegno civile e politico di alcuni precisi soggetti sociali. Questo però non vale per l'estensione al territorio nazionale dei suoi principi. Il passo decisivo che ha sancito la chiusura dei manicomi in Italia si deve all'azione del Ministro Bindi, che vincolò il raggiungimento dell'obiettivo ad una minaccia di sospensione dei fondi regionali per la spesa sanitaria.

Secondo Castel, è utile scomporre e guardare più in profondità ciò che viene indicato come “deistituzionalizzazione”. Una delle dinamiche da riconoscere è la correzione e razionalizzazione delle modalità di segregazione e gestione della devianza, che non ha più bisogno del grande manicomio ma si appoggia a centri residenziali di trattamento, comunità terapeutiche per tossicomani, case-famiglia per donne sole, minori stranieri non accompagnati, rifugiati umanitari o in attesa di permesso di soggiorno: mini istituzioni in cui si riproduce la funzione di controllare i soggetti che non trovano posto nell'ordine sociale e trattare i loro comportamenti, ma con una crescita di specificità e “appropriatezza”. Si tratta di “mini istituzioni orientate al rigore inflessibile degli spazi chiusi al fine di consentire la riprogrammazione radicale della vita degli ospiti”. Si può riprendere il concetto di questa “gamma aggiornata di istituzioni totali” di cui parla Castel, per analizzare vari nodi della “rete” delle risorse psichiatriche sul territorio, che convive ed entra in relazione funzionale con il SPDC. Questa gamma aggiornata è il segno della profonda ristrutturazione delle forme di internamento: si tratta infatti di istituzioni di formato ridotto, più “leggere”, che non devono segregare a vita ma per tempi ridotti, in un contesto di “rotazione” e “distribuzione” delle tradizionali funzioni dell'ospedale psichiatrico.

Queste istituzioni, che si collocano ambigualmente sul confine mobile tra psichiatria e giustizia, testimoniano della “disseminazione delle funzioni di controllo” intervenuta negli ultimi quaranta anni nei sistemi capitalistici: l'istituzione delegata alla gestione e al controllo dell'abnorme si insinua in tutti i luoghi di presa in carico sociale. Ora è più chiaro perchè siamo partiti dall'istituzione totale, passati per la pratica psichiatrica “ospedalocentrica”, nella quale la scommessa della lettura partecipata dei bisogni ha lasciato spazio alla oggettivazione ambulatoriale, arrivati ai modelli di presa in carico sociale. Il riconoscimento della malattia, l'insegnamento ai giovani operatori, la determinazione della domanda avvengono dove il volto istituzionale del bisogno è costruito nel pieno dell'incapacitazione e dell'oggettivazione. Il sapere incarnato dall'operatore psichiatrico si porta sempre dentro questo processo di cosificazione; la maschera istituzionale della malattia mentale e della pratica psichiatrica non smettono di rispecchiarsi l'una nell'altra.

Parlare di contenzione in psichiatria significa dunque aggredire il centro del problema psichiatrico: il modello di oggettivazione dell'uomo che la psichiatria porta in sé è un modello tuttora utile in una

12 Penultimo capitolo di “La société psychiatrique avancée”, qui tradotto da Giovanna Gallio per Aut Aut

molteplicità di situazioni istituzionali. Lo psichiatra e il suo sapere tuttora forniscono le pratiche e i discorsi che consentono di ridurre la resistenza, la ribellione, la rivolta dell'uomo a manifestazione psicopatologia, a sindrome di agitazione psico-motoria, ad agito auto o etero aggressivo che rivela la presenza possibile di un disturbo antisociale di personalità, di un quadro borderline o di un evento di perdita non correttamente elaborato in senso depressivo. La coesistenza di cura e custodia nel mandato psichiatrico continua a svolgere un'importante funzione sociale: permette di operare l'oggettivazione che giustifica la detenzione, la restrizione e la custodia razionalizzando questi atti come conseguenze di caratteristiche della soggettività abnorme di colui al quale queste misure si applicano.

La carcerizzazione delle politiche sociali e il ruolo dei saperi psy

Con il concetto di “detenzione sociale” si indica “l’incarcerazione di “persone che vivono in uno stato di svantaggio, disagio o marginalità e per le quali, più che una risposta penale o carceraria, sarebbero opportune politiche di prevenzione e sociali appropriate”, come sostiene Alessandro Margara. “Detenuti sociali”, in questo senso, sono i tossicodipendenti, gli immigrati e tutti quei soggetti non integrati come senza dimora, sofferenti psichici, ecc. Ciò che li accomuna è la precarietà della loro condizione, legami sociali frammentati o inesistenti, l’accumularsi di fatiche cresciute negli anni”¹³. Le ricerche sul sovraffollamento carcerario mostrano l’ampiezza e la gravità di questo fenomeno. Con il termine di carcerizzazione delle politiche sociali vogliamo indicare lo slittamento di una serie crescente di problemi dall’ambito delle politiche sociali a quello della detenzione. Questo processo non riguarda solo gli equilibri tra i due vasi comunicanti dell’assistenza sociale e della gestione penale, ma muta dall’interno le politiche sociali, spingendole progressivamente verso dinamiche espulsive e punitive.

Questo processo caratterizza gli attuali sistemi di *welfare community*, fondati sull’idea che la presa in carico dei problemi deve essere un ambito di *investimento* più che di assistenza, e che la comunità, intesa come sistema di relazioni tra privati, deve proporre soluzioni ai problemi piuttosto che aspettarsi la loro mediazione politica da parte dello Stato. Le forze materiali di questa trasformazione sono la riforma in senso aziendalista delle pubbliche amministrazioni e la penetrazione incessante dei soggetti imprenditoriali nell’erogazione di servizi. Le politiche neoliberiste riducono lo stato a regolatore del gioco di mercato tra fornitori e clienti, con l’idea che sottrarre ambiti di mercato all’intervento pubblico e aprirli al libero investimento di capitali costituisca uno stimolo per la crescita. Il “mercato sociale”, inteso come il mercato di beni e servizi che hanno la socialità come materia prima, merce finita e target di vendita, deve essere lasciato alla “società civile” intesa come luogo dei legami familiari e della concorrenza tra i privati. Scompare quella che era stata definita “proprietà pubblica”, lo strumento della redistribuzione sociale della ricchezza che era stata a fondamento dei diritti di cittadinanza (Castel, 2007). Le politiche pubbliche attivano in compenso la retorica sulla solidarietà, sulla sussidiarietà e sulla partecipazione, per indicare il nuovo ruolo “attivo” che i cittadini sono chiamati ad assumere nella realizzazione della “coesione sociale”. Il tutto favorito ideologicamente da un clima politico che fa leva su una specifica definizione dell’insicurezza: essa non è più incertezza economica, debolezza dei legami e delle garanzie contrattuali sul lavoro ma rischio nei confronti di un potenziale soggetto criminale che attenti alla proprietà privata e al decoro dei luoghi urbani (Castel, 2007).

Il neo paternalismo nelle politiche sociali si sviluppa per questi due ordini di fattori. Da una parte, il mercato delle prestazioni sociali (regolato dal *management* dei servizi socio-sanitari) richiede che profili ben definiti di utenti siano assegnati a profili altrettanto ben definiti di prestazioni. Questo significa che ogni forma di “presa in carico” deve essere estremamente selettiva e tecnicamente

13 Roberto Camarlinghi, Francesco d’Angella, “La carcerizzazione dei problemi sociali. Una scelta che riempie il penale e nega il sociale”. Su Animazione Sociale, novembre 2010

specifica: il minore straniero non accompagnato *non* è un giovane all'esordio psicotico, la madre sola di una minore vittima di tratta *non* è una lavoratrice single in cerca di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro in una moderna e accogliente struttura di co-working, ecc ecc. Ogni convenzione, ogni investimento, ogni "progetto" indirizza una categoria ben specifica di destinatari, appronta la sua expertise in base alle loro caratteristiche e, sulla base della raffinatezza con cui è descritta questa "intima" corrispondenza, aspira ad ottenere un finanziamento dalla grande fondazione bancaria. Inevitabilmente questa moltiplicazione di "tipologie di utenti", univocamente definiti da un bisogno specifico, produce una quantità infinita di "utenti inadatti al progetto". Utenti resistenti, rivendicativi, che si lamentano, la cui scarsa adesione al profilo del servizio non mancherà di essere riportata al giudice competente nella relazione dell'assistente sociale, con tanto di test psicologico attestante la tendenza oppositiva del soggetto e la maggiore coincidenza del suo profilo con un servizio "a maggiore protezione".

In secondo luogo le prestazioni di assistenza sociale riservate a inoccupati e disoccupati sempre di più si fondano sulla retorica dell'attivazione. In pratica attivazione significa: concentrazione sull'individuo (e mai sul contesto), valorizzazione della sua responsabilità (quindi attribuzione all'utente degli eventuali fallimenti del progetto), dettagliata e continua misurazione del suo profilo psicologico, comportamentale, morale. Si tratta appunto di politiche moralistiche e paternalistiche, il cui punto centrale è l'esame della disponibilità dell'utente a modificare la propria condotta, come se i destinatari degli interventi di assistenza sociale "fossero essi stessi responsabili della situazione in cui si trovano" (Castel, 1993). A chi non supera la ben nota "selezione dei clienti adatti alla risposta" si aggiunge la carriera morale di successive stigmatizzazioni, attraverso il quale l'utente "difficile" viene scaricato su una serie di altre micro-istituzioni in cui sono più marcati l'etichettamento diagnostico e la presa in carico coercitiva.

"Gli strumenti adottati per attuare politiche indirizzate a soggetti o gruppi con immagine negativa sono generalmente più coercitivi ed autoritari di quelli rivolti ai gruppi ritenuti meritori, per i quali si adottano interventi che promuovono la capacità di autogestione, quali l'informazione e l'apprendimento, in quanto viene loro implicitamente riconosciuta una maggiore capacità di scelta autonoma. Gruppi costituiti negativamente, o percepiti come particolarmente vulnerabili o fragili (come anziani o bambini) sono costruiti nelle politiche pubbliche come se avessero bisogno non solo di nuove opportunità, ma anche di un certo grado di supervisione esterna o di costrizione rispetto alle scelte personali di ciascuno."¹⁴

Robert Castel (Castel, 2007) ha descritto questa ultima metamorfosi della questione sociale: il gruppo crescente dei sovrannumerari, strutturalmente espulsi dalle condizioni dell'inclusione, ma chiamati ad aderire alle politiche di assistenza in modo sempre impossibile, fino a vedersi scaricare addosso la gran parte della responsabilità per la propria condizione. Una riedizione della antica distinzione tra "poveri abili al lavoro" (da punire se non lavorano) e handicappati, a cui non spetta una piena inclusione nella cittadinanza ma il destino di un paternalismo caritatevole e fortemente assoggettante.

Loic Wacquant parla a proposito del "pensiero unico securitario", mostrando come in vari campi delle politiche sociali si sia evoluta la formazione e la prassi degli operatori. Paradigmatico è il caso delle politiche penali e carcerarie, in cui si nota uno shifting di grande portata: "trenta anni fa i Parole Officers uscivano dalle scuole per assistenti sociali e studiavano i fondamenti della psicologia e della sociologia, oggi mentre i casi da seguire sono raddoppiati essi si formano nelle scuole di giustizia criminale, dove apprendono le tecniche di polizia e l'uso delle armi da fuoco. La nuova filosofia panoptica che li guida è sottolineata da questo slittamento semantico: i programmi di Parole sono stati recentemente ribattezzati Liberazione sotto controllo e Controllo in comunità, sotto il nuovo regime liberal-paternalista infatti l'individuo liberato con la condizionale non è tanto

14 Taroni, F. 2006, Interventi di sanità pubblica e livelli essenziali di assistenza, in Biocca, 2006

un ex pregiudicato restituito alla libertà quanto un quasi prigioniero in attesa di un imminente ritorno dietro le sbarre” (Wacquant, 2006).

Ecco brevemente delineato il nuovo campo di applicazione del sapere-potere psichiatrico. Un sapere ormai tecnico e umano, che deve ripulirsi da ogni parvenza di arbitraria violenza, tecnicizzare le sue forme di presa in carico per sedersi al tavolo dove i “normali”, ma potenzialmente sovrannumerari, verranno scrutati, oggettivati, esaminati e valutati per essere assegnati al progetto di “inclusione e cittadinanza attiva” più consono alla loro capacità di autogestione. Il sapere psichiatrico implicato in questi processi è lo stesso che abbiamo visto all'inizio, nell'antro dell'istituzione totale trova il suo motore immobile. Quello che bisogna dunque evitare di credere è che la psichiatria, in virtù di un processo di aggiornamento e modernizzazione, possa entrare trionfante nel regno delle scienze positive, lasciandosi alle spalle il suo cuore nero di manipolazione dei bisogni.

Per una di quelle antifrasi a cui ci ha abituato l'ideologia capitalista, che ci fa considerare l'esclusione come meritocrazia e la guerra come pace, anche “il superamento della contenzione” può nascondere il vero volto di un processo sociale più minaccioso: la penetrazione subdola del sapere e della pratica psichiatrica più oggettivante in ogni ambito dove ci sarà da invalidare, escludere e razionalizzare l'esclusione con una categoria scientifica, sempre e solo a vantaggio degli interessi delle classi dominanti.

Bibliografia

Basaglia, F. 1980, Scritti, Einaudi

Bateson, G. 2005, Perceval. Un paziente narra la propria psicosi. 1830 – 32, Bollati Boringhieri

Benedict, R. 1934, Anthropology and the abnormal, Journal of General Psychology , 10(2), pp. 59-82.

Biocca, M. a cura di, 2006 Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute. I Piani per la Salute in Emilia-Romagna 2000-2004 FrancoAngeli

Cardano, M. Lepori, G. 2012, Udire la voce degli dei. L'esperienza del gruppo voci, Franco Angeli

Carrino, L. 1977, Medicina critica in Italia, D'Anna

Castel, R. 2007, La metamorfosi della questione sociale. Una cronaca del salariato, Sellino

Castel, R. 2011, L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?, Einaudi

Castel, R. Castel, F. Lowell, A. 1979, La société psychiatrique avancée. Le modèle américain. Grasset

Conrad, P. 2007, The Medicalization of Society, Johns Hopkins.U.P.

De Salvia, D. Crepet, P. a cura di, 1982, Psichiatria senza manicomio. Epidemiologia critica della riforma, Feltrinelli

Fioritti, A. Priebe, S. Badesconyi, A. Hansson, L. Kilian, R. Torres-Gonzales, F. Turner, T. Wiersman, D. 2005, Reinstitutionalization in mental health care. Is it already happening?, atti del convegno "Nessun DSM è un'isola", VII Congresso Nazionale SIEP, disponibile su http://www.siep.it/files/01_att_congressi/biella_2005/libroabstract.pdf

Foucault, M. 1998, Storia della follia nell'età classica, Rizzoli

Gilli, G. A. Una intervista: la negazione sociologica, in Basaglia, F. 1968, L'istituzione negata, Einaudi

Goffman, E. 2001, Asylums, Einaudi

Onnis, L. Lo Russo, G. a cura di, 1979, La ragione degli altri. La psichiatria alternativa in Italia e nel mondo. Storia, teoria e pratica, Savelli

Piccione, R. 2004, Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia. Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale, Franco Angeli

Saraceno, B. 1995, La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica, Etaslibri

Wacquant L, 2006, Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale, Derive Approdi

Warner, R. 1991, Schizofrenia e guarigione. Psichiatria ed economia politica, Feltrinelli

