

Mental health, work and territory: The psychoanalytic function as an organizational competence

Roberta Di Maio

Abstract

It is reported a work experience within a service, which deals with the social and work integration of users in a Mental Health Centre in South of Italy. Specifically, the attention is focused on a methodological tool used for the work integration of people with mental health problems and it is suggested the hypothesis that integration and autonomy, which organise the actions meant to integrate users in the work environment, they could represent a values dimension, instead of a set of objectives established within the relationship between clients and customers. It is proposed psychoanalytical function as an organizational competence intended to instill insight on the symbolic dynamics of the organizational functioning whose products are explored.

Keywords: mental health; social and work integration; autonomy; psychoanalytical approach; organizational competence.

· Clinical psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychological Intervention and Demand Analysis – SPS Rome. Email: dimaioroberta@virgilio.it

Di Maio, R. (2019). Salute mentale, lavoro e territorio: La funzione psicoanalitica come competenza organizzativa [Mental health, work and territory: The psychoanalytic function as an organizational competence]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 7(2), 41-52. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Salute mentale, lavoro e territorio: La funzione psicoanalitica come competenza organizzativa

Roberta Di Maio

Abstract

Si resoconta un'esperienza lavorativa in un servizio che si occupa di integrazione sociale e lavorativa di utenti di un Centro di Salute Mentale del Sud Italia. Nello specifico si pone l'attenzione sullo strumento borsa lavoro e si propone l'ipotesi che l'integrazione e l'autonomia, che organizzano l'istituirsi delle azioni volte all'inserimento lavorativo degli utenti, se non pensate, rischiano di rappresentare dimensioni valoriali più che obiettivi concordati nel rapporto con clienti e committenti. Si propone quindi la funzione psicoanalitica quale competenza organizzativa a istituire spazi di pensiero sulle dinamiche simboliche del funzionamento organizzativo del servizio e se ne esplorano i prodotti.

Parole chiave: salute mentale; integrazione sociale e lavorativa; autonomia; funzione psicoanalitica; competenza organizzativa.

· Psicologa clinica, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda – SPS Roma. Email: dimaioroberta@virgilio.it

Di Maio, R. (2019). Salute mentale, lavoro e territorio: La funzione psicoanalitica come competenza organizzativa [Mental health, work and territory: The psychoanalytic function as an organizational competence]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 7(2), 41-52. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Premessa

Obiettivo del presente lavoro è contribuire alla riflessione sulla funzione psicoterapeutica nei contesti organizzativi, attraverso l'esplorazione della relazione tra l'intervento psicoanalitico fondato sul modello teorico dell'Analisi della Domanda e lo sviluppo del funzionamento organizzativo di contesti che si occupano di salute mentale.

A tal proposito propongo un resoconto dell'esperienza lavorativa, durata circa quattro anni, presso un servizio che si occupa di integrazione sociale e lavorativa di persone in carico ad un Centro di Salute Mentale (CSM) di una regione del Sud Italia.

Si tratta di un progetto sperimentale ideato dai CSM regionali, finanziato e promosso dall'Azienda Sanitaria Locale e dalla Regione. L'intento del progetto è favorire l'integrazione tra prestazioni di carattere sanitario, erogate dai Centri di Salute Mentale, e prestazioni di carattere sociale, erogate dalle cooperative che gestiscono il progetto in stretta collaborazione e sinergia con gli operatori dei CSM. Il mandato sociale prevede di lavorare su due grandi finalità: la socializzazione, finalizzata al miglioramento delle competenze relazionali, e l'integrazione lavorativa, attraverso il dispositivo borsa lavoro; si tratta di uno strumento che, mettendo a disposizione fondi e invitando a costruire rapporti tra organizzazioni produttive del territorio e servizi per la salute mentale, consente agli utenti di questi ultimi di sperimentarsi in funzioni lavorative.

Il servizio è gestito da una cooperativa sociale di tipo B e lavora su committenza del CSM del territorio di riferimento, che invia pazienti con l'obiettivo di coinvolgerli in attività di preparazione e avviamento al lavoro. Al contempo, il servizio si propone quale contesto di socializzazione per quegli utenti che per motivi di età, inabilità lavorativa o altro non avranno accesso a percorsi di sperimentazione lavorativa.

Ripercorrerò il processo di costruzione e sviluppo dell'intervento, analizzando la cultura locale, i problemi incontrati, gli strumenti utilizzati e gli obiettivi concordati nel rapporto con utenza e committenza. In particolare, mi interessa ripercorrere la partecipazione ai laboratori del servizio, l'avvicinamento al mondo del lavoro e la sperimentazione lavorativa nell'idea di ripensare la scissione, spesso agita, tra la dimensione della socializzazione e quella lavorativa.

La funzione psicoanalitica istituisce spazi di pensiero mediante i quali esplorare il rapporto tra clienti e servizio; spazi che richiedono la sospensione dell'agito emozionale, quale premessa necessaria all'elaborazione di aspettative e vissuti con i quali i clienti arrivano al servizio. Il presente articolo è orientato dall'ipotesi che i miti dell'inclusione e dell'autonomia sui quali spesso si organizzano tali servizi, se non pensati, rimangono dimensioni valoriali mosse da militanza ideologica e da fantasie salvifiche, standando a trasformarsi in obiettivi convenuti nel rapporto con clienti e committenti.

Possiamo reperire tracce di questi aspetti valoriali all'interno di documenti internazionali come la Convenzione ONU del 2006, ratificata dal Parlamento italiano nel 2009. Essa sancisce i diritti delle persone con disabilità soffermandosi nell'articolo 26 sul tema dell'abilitazione e della riabilitazione e nell'articolo 27 sul tema del lavoro e dell'occupazione di persone disabili, dichiarando che gli Stati membri si impegnano a mettere in atto misure complesse per quanto concerne le aree della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali.

Nel contesto della letteratura italiana, Barone, Bruschetta e D'Alema affermano che "il tema del lavoro è sempre stato centrale, in quanto ha rappresentato per tutti gli utenti una prospettiva evolutiva e per alcuni versi risolutiva della condizione di disagio mentale" (2013, p. 14). Gli autori promuovono un'idea di salute mentale di comunità ancorata alle politiche economiche e sociali dei territori come modello volto a favorire l'ingresso nel mondo del lavoro delle persone con grave patologia mentale attraverso processi di *recovery*¹ ed *empowerment*² al fine di favorire inclusione lavorativa e processi di guarigione.

Vorrei dare senso alla borsa lavoro come strumento di sviluppo del rapporto tra clienti e servizio. Il rischio che si corre entro le iniziative di inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici è che il "lavoro" reifichi

¹ Per *recovery* si intende "la possibilità di riprendere il controllo della propria vita, nonostante la presenza di un problema di salute mentale e nonostante le necessità di cure. Costituisce quindi un'acquisizione di consapevolezza ed un'assunzione di responsabilità sulla propria vita e sulla possibilità di essere felici e realizzati a livello individuale e sociale. Il concetto di *recovery*, implica una dimensione trasformativa dei servizi, per cui la persona con problemi di salute mentale, diventa protagonista attiva di scelte e percorsi di vita" (Barone, Bruschetta, & D'Alema, 2013, p. 307).

² "Nel campo della salute mentale, l'*empowerment* si riferisce al livello di scelta, influenza e controllo che gli utenti dei servizi di salute mentale possono esercitare sugli eventi della propria vita. La chiave dell'*empowerment* è la rimozione degli ostacoli formali e informali e la trasformazione dei rapporti di potere tra individui, comunità, servizi ed istituzioni politiche" (Barone, Bruschetta, & D'Alema, 2013, p. 258).

fantasie collusive di guarigione e integrazione sociale in un “fuori/territorio” talvolta idealizzato come luogo concreto di partecipazione sociale e autonomia, nella fantasia che andare fattualmente “fuori” a fare un laboratorio, un’attività, una gita o un lavoro significhi integrarsi nel tessuto sociale.

Un breve excursus storico e legislativo dei servizi di salute mentale sarà utile a comprendere entro quali processi collusivi nascono e si sviluppano i CSM e i servizi ad essi afferenti. La legge 180 del 1978 in Italia ha proposto una nuova organizzazione nella programmazione degli interventi rivolti ad utenti psichiatrici; si è assistito al passaggio dalla psichiatria istituzionalizzata alla psichiatria territoriale con la finalità di reintrodurre il paziente nel suo contesto sociale e familiare. Tra le diverse declinazioni della psichiatria territoriale pongo il focus sugli assetti collusivi che orientano le pratiche di inserimento socio lavorativo.

Storia dei servizi di salute mentale ed esplorazione del mandato sociale

Nel modello teorico cui faccio riferimento storicizzare la nascita dei servizi di salute mentale in Italia è un presupposto utile alla comprensione delle matrici storiche e culturali entro cui si è sviluppata la psichiatria territoriale.

Le nuove organizzazioni si strutturano perché le vecchie non sono più adeguate a reificare le dinamiche collusive in cambiamento. In un primo momento avviene il cambiamento delle dinamiche simbolico-collusive che connotano una specifica cultura; poi cambiano le organizzazioni che sono delegate a rappresentare, a reificare il nuovo assetto collusivo. (Carli & Paniccia, 2011a, p. 19).

La legge 180 del 1978, nota quale legge Basaglia, dal nome dello psichiatra che ne fu il promotore presso l’Ospedale Psichiatrico di Gorizia, si colloca in un momento storico fervido culturalmente. In Italia negli anni ’70 si assiste ad importanti cambiamenti legislativi: nascita del sistema sanitario nazionale, aborto, divorzio, statuto dei lavoratori, referendum, diritto di famiglia con l’affermazione della parità di diritti e doveri tra uomo e donna, parità tra uomo e donna sul posto di lavoro, consultori, riforma penitenziaria, abolizione delle classi speciali ed integrazione degli alunni portatori di handicap nella scuola dell’obbligo, diritto all’obiezione di coscienza. Le riforme legislative sottendono una profonda trasformazione culturale del Paese; in quegli anni, infatti, è in atto un mutamento fondato sui valori dell’egualitarismo e della giustizia sociale, nell’intento di promuovere un rapporto dialettico con il potere, fino a quel momento vissuto come indiscutibile, e una provocazione ad ogni forma di conformismo sociale, tendente a relegare ai margini della società ogni forma di diversità. Entro tale fermento culturale la legge 180 dichiara la chiusura dei manicomi. Il sociologo Erving Goffman (1968) descrive criticamente i manicomi nei termini di istituzioni totali, ovvero organizzazioni che hanno un carattere assoluto, inglobante e penetrante che organizza l’esclusione dalla vita sociale e l’assenza di contatto con il mondo esterno. È in queste riflessioni che si possono rintracciare le premesse culturali della legge 180. Il suo proposito è mettere in discussione l’assunto per cui la malattia mentale sia espressione del singolo individuo nel tentativo di darne una lettura contestuale, relazionale e politica, guardando all’istituzione manicomiale come espressione di dinamiche di potere volte al controllo, al custodialismo e all’esclusione del malato mentale dalla società. Con la legge Basaglia si assiste ad un ribaltamento di prospettiva: il malato mentale, precedentemente vissuto come pericoloso e incomprensibile, entro un’ottica medicalizzata e individualista, ora diviene idealizzato quale simbolo della diversità da reinserire nel sistema di convivenza attraverso l’ancoraggio a valori quali la solidarietà e l’uguaglianza. L’idealizzazione della diversità, non solo quella del malato mentale, in questo preciso periodo storico si fonda sull’ideologia di dare voce a chi fino a quel momento era stato escluso dalla società. Il conformismo sociale volto ad escludere la diversità viene sostituito da un nuovo tipo di conformismo tendente ad includere la diversità in un’ottica valoriale colpevolizzando chi ne ha reso possibile l’esclusione: si colpevolizzano tanto le famiglie quanto il sistema sociale (Carli & Paniccia, 2011a).

La psichiatria territoriale, nel sancire la chiusura dei manicomi, comporta una riorganizzazione dei servizi di salute mentale. L’attuale organizzazione è definita dal Progetto Obiettivo del 1998-2000, che istituisce il Dipartimento di Salute Mentale e con esso i vari servizi deputati alla tutela della salute mentale. Il Progetto Obiettivo evidenzia la complessità della questione salute mentale e illustra specifiche linee programmatiche per definire una riorganizzazione sistematizzata dei servizi finalizzati all’assistenza psichiatrica.

Le linee programmatiche del Progetto Obiettivo si sono poi declinate in organizzazioni e prassi differenti a livello territoriale. Il servizio di cui resoconto, per esempio, è un progetto sperimentale che caratterizza fortemente il contesto locale, le cui istituzioni (Asl, CSM, Regione) si sono adoperate negli anni per realizzare percorsi di integrazione dedicati alle persone con diagnosi. L’integrazione è pensata in forte

connessione all'inclusione lavorativa degli utenti, che viene realizzata utilizzando il dispositivo borsa lavoro. Essa vede il coinvolgimento di una molteplicità di interlocutori: l'utente, la famiglia, l'équipe multidisciplinare del CSM, l'équipe del servizio, l'azienda o ente ospitante. È prevista la presenza di un tutor della cooperativa e di un tutor dell'azienda ospitante che sostengono e monitorano il processo di inserimento lavorativo dell'utente. Il tutor della cooperativa sviluppa una "funzione ponte" sia con l'azienda ospitante che con l'équipe inviante del CSM. Le borse lavoro pur non costituendo un rapporto di lavoro effettivo, prevedono una forma di compenso economico, finanziato con i fondi messi a disposizione dalla Regione e dall'Asl e gestiti dalla cooperativa. Le borse lavoro costituiscono la prima forma di sperimentazione lavorativa, hanno una durata variabile, che solitamente va da un minimo di tre/sei mesi, fino alla durata massima di un anno. Si auspica che alla borsa lavoro, finanziata dal circuito della salute mentale, possa seguire un cofinanziamento da parte dell'azienda ospitante o che essa possa trasformarsi in una assunzione. L'idea progettuale, infatti, è che la borsa lavoro possa rappresentare un'esperienza propedeutica all'inserimento lavorativo effettivo. Il servizio è pensato come prima fase di un processo che sostiene l'utente verso la sperimentazione lavorativa e quale luogo intermedio rispetto al mondo del lavoro. Il presupposto che orienta tale progetto sperimentale è dato dall'ipotesi di incrementare il sostegno alle persone con problematiche legate alla salute mentale per quanto concerne il funzionamento sociale, la riappropriazione dei ruoli sociali (lavoro, abitazione, percorsi di istruzione, contesti di convivenza) e l'uscita da situazioni cristallizzate di isolamento attraverso interventi volti alla ripresa dei ruoli lavorativi tenendo conto della disabilità specifica. La finalità dell'inserimento lavorativo si persegue attuando la legislazione che regola il diritto al lavoro di persone in carico ai servizi di salute mentale.

Nella mia ipotesi, il mandato sociale inverte la cultura dei diritti sostanziata da leggi che tutelano il diritto al lavoro di persone disabili. Tra queste vale la pena ricordare la legge 482/68 che sanciva il collocamento obbligatorio presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private; la legge 104/92 che garantisce assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone handicappate e, infine, la legge 68/99 che sancisce il collocamento mirato di persone disabili attraverso misure tese a promuovere l'inserimento e l'integrazione delle persone disabili nel mondo del lavoro. La legislazione, quale risultante della dinamica simbolico collusiva intorno alla disabilità, sembra rappresentare l'agito della fantasia di colpa, da parte del contesto sociale e di chi lavora con la disabilità, e l'agito della pretesa di diritti da parte di chi ne è portatore (Langher, Ricci, & Diamanti, 2010).

Processo istituyente le relazioni di intervento quale competenza organizzativa

Il gruppo di lavoro del servizio è composto da quattro operatori e dalla responsabile, cui si aggiungono volontari del Servizio Civile Nazionale e altri volontari, per lo più maestri d'arte. Il mio rapporto con il servizio nasce entro il tirocinio post-lauream, prima, e successivamente entro un'esperienza di Servizio Civile che si è evoluta in un contratto lavorativo nel ruolo di operatrice con funzione di coordinamento con il CSM committente e con le aziende del territorio.

Nella traccia che sto seguendo l'organizzazione può essere data o costruita. Nell'organizzazione data si perseguono adempitivamente le finalità così come definite dal mandato sociale. Entro tale assetto collusivo l'organizzazione è vissuta come acontestuale e astorica, caratterizzata da una ripetizione rituale nell'espletamento di ruoli e finalità. Essa esiste quale appartenenza scontata al di là del proprio contributo, degli obiettivi professionali, della funzione sociale della stessa organizzazione, dell'esistenza di un potenziale cliente e della sua soddisfazione. Un assetto collusivo alternativo, caratterizzante l'organizzazione costruita, connota, di contro, il pensare l'organizzazione come strettamente ancorata agli obiettivi costruiti tenendo a mente la domanda dei clienti, il contributo di ciascun partecipante alla realizzazione di tali obiettivi, la metodologia utilizzata, il prodotto erogato, il cliente e la sua soddisfazione, la costruzione della committenza, la verifica della propria azione professionale interconnessa allo sviluppo dell'organizzazione entro il contesto sociale in cui espleta la sua opera (Carli & Paniccia, 2002).

Il servizio di cui resoconto mi propone un contratto di lavoro a seguito di un periodo di chiusura; il turnover del personale aveva reso necessaria la costituzione di un nuovo gruppo di lavoro. Questo ha costituito una risorsa e al tempo stesso un elemento di ulteriore complessità: si poneva la questione di pensare le simbolizzazioni affettive che andavano organizzando la cultura dell'intervento, le fantasie e le attese con le quali arrivavamo in quel servizio, recuperare gli aspetti di mandato sociale, conoscerne la storia, entrare in relazione con l'utenza, recuperare le storie e le storie di rapporti con il CSM e con il servizio stesso, oltre a costruire rapporti con l'équipe inviante del CSM. In quel momento ho sviluppato la funzione di memoria di rapporti valorizzando la continuità delle relazioni che avevo con il servizio e con il CSM.

La fase istitutiva si è rivelata un'occasione preziosa per costruire una proposta ancorandosi a obiettivi e metodi in grado di tradurre il mandato sociale a partire da problemi e domande contestuali e contingenti. La fantasia del gruppo di lavoro di "ricominciare da capo" poteva essere trattata come indizio di tali problemi. Il gruppo di lavoro oscillava tra due posizioni emozionali: da un lato, la fantasia di porsi come gruppo innovativo nell'idea di differenziarsi dal passato, con il rischio di reificare un prima e un dopo scissi, separati e distinti in modo netto; dall'altro lato, il bisogno e l'utilità di costruire e recuperare rapporti laddove il procedere sembrava imprescindibile dal riconoscere la storia e i rapporti con utenti e committenti.

Riconoscere di non essere soli ha permesso di ripensare criticamente il vissuto eroico del ricominciare da capo quale indizio di una cultura organizzativa che faceva fatica a riconoscere risorse presenti e preesistenti. Entro il vissuto di solitudine e di ricominciare da capo sembrava complesso riconoscere il preesistente, indizio di fantasie che vivono le risorse come date, presenti o assenti, insufficienti o illimitate, facendo fuori la possibilità di costruirle a partire dal riconoscimento di una continuità con il passato. A proposito di continuità, Carli e Paniccia (2011b), attraverso il costrutto di Spazio Anzi, pongono l'enfasi sulla dimensione di continuità nei processi di cambiamento culturale, che vedono il convivere di posizioni ed emozioni contrastanti e contraddittorie, ambivalenti appunto, laddove i tentativi di risolvere tale ambiguità emozionale tendono a proporre il cambiamento culturale quale elemento di discontinuità rispetto al passato, attraverso una distinzione dicotomica tra un prima e un dopo esaltante posizioni distinte e apodittiche in nome del progresso e dell'emancipazione. Questo riferimento teorico mi sembra utile a leggere la complessità emozionale e la presenza di emozioni ambigue che hanno caratterizzato la fase istitutiva del lavoro.

In questa fase è stato utile chiedersi quale fosse la domanda del sistema CSM circa il lavoro di operatori con formazione specifica nel campo della psicologia o dell'assistenza sociale. La richiesta di tali competenze sembrava contenere in sé una domanda di costruzione di senso circa il lavoro cosiddetto "riabilitativo" che caratterizza le attività laboratoriali e le pratiche di sperimentazione lavorativa.

Nella costruzione e sviluppo della funzione psicoanalitica è stato centrale avere a mente l'organizzazione entro cui mi apprestavo a entrare e la relazione con i committenti, ovvero con l'équipe inviata del CSM, la quale costruisce con l'utente la possibilità di intraprendere un progetto di integrazione presso il servizio e si fa carico del rapporto con le famiglie concordando con queste ultime un possibile percorso.

L'invio è accompagnato da una riunione di équipe che coinvolge il gruppo di lavoro del CSM e quello del servizio. A queste riunioni di équipe partecipavo nel ruolo di coordinatrice del servizio. Tale momento appare particolarmente interessante perché la cosiddetta presentazione del caso costituisce un primo momento per sospendere l'agito emozionale ed esplorare le aspettative che organizzano l'invio, che sembrano essere le più svariate: socializzare, promuovere l'autonomia, sperimentare un contesto relazionale alternativo a quello familiare, favorire l'inserimento lavorativo attraverso una borsa lavoro, favorire lo svincolo dai servizi di salute mentale.

Entro il modello teorico cui faccio riferimento la funzione psicoanalitica³ implementata nel ruolo di coordinamento si declina nella proposta di creare spazi di pensiero dove pensare insieme all'équipe inviata la funzione di committenza. L'équipe inviata si configura quale cliente interno⁴ che ha una domanda verso il servizio e con cui costruire il senso e la proposta dell'intervento rivolto al cliente esterno, ovvero colui che usufruisce del servizio erogato.

La proposta metodologica caratterizzata dal condividere obiettivi ha reso possibile lo sviluppo del rapporto tra servizio e committente, orientandolo all'esplorazione delle attese dell'utenza che arriva con fantasie, aspettative, problemi da esplorare e interpretare. L'esplorazione delle fantasie, contribuendo alla costruzione di una domanda di sviluppo, consente il passaggio da utente, inteso come chi fruisce di un servizio, a cliente, inteso come chi ne orienta l'agire attraverso la sua domanda e la ridefinizione di possibili obiettivi, sviluppando in tal modo la relazione individuo-contesto (Carli & Paniccia, 2005).

La fase istitutiva il rapporto con i clienti costituisce un momento ricco di potenzialità per riflettere sulle aspettative rispetto al servizio, per esplorare gli assetti collusivi con l'inviata del CSM e per proporre un'offerta del servizio. Attraverso un colloquio esplorativo il servizio propone al cliente un rapporto di conoscenza reciproca, in cui recuperare le premesse dell'invio. È anche un momento in cui il servizio ridefinisce la propria identità, presenta i laboratori e le attività che ne caratterizzano la vita organizzativa facendo una proposta di reciprocità nella relazione. Il colloquio esplorativo si pone quale azione interpretativa (Carli, 2007) nell'ipotesi di dar senso e sviluppare il rapporto tra clienti e servizio, uscendo

³ "La funzione non è una posizione che definisce l'identità di chi la assume; è un contributo fornito in vista di un obiettivo. La definizione degli obiettivi richiede un continuo, condiviso lavoro di interpretazione delle finalità e della relazione tra quelle e ciò che sta accadendo, con particolare riguardo a ciò che succede tra organizzazione e clienti, per verificare l'andamento del processo organizzativo" (Paniccia, 2012, p. 177).

⁴ "Per cliente interno si intendono quelle componenti, interne all'organizzazione, che fruiscono del lavoro di altre componenti per svolgere/espletare la propria funzione" (Carli & Paniccia, 2011a, p. 157).

dalla scontatezza di un percorso definito a priori e facendo una proposta relazionale orientata alla pensabilità di quanto avviene nei rapporti.

Entro tale proposta metodologica, la funzione psicoanalitica si propone quale costante lavoro volto a tenere insieme, integrare le diverse parti, spesso scisse o frammentate, dei contesti organizzativi attraverso un lavoro di tessitura di rapporti tra i diversi momenti organizzativi e, al contempo, attuando un'operazione di traduzione simbolica di fantasie reciproche.

I miti collusivi intorno all'integrazione e all'autonomia

Entro i diversi momenti organizzativi che caratterizzano i servizi di salute mentale è possibile cogliere i miti collusivi⁵ che orientano le prassi e gli interventi finalizzati all'integrazione sociale e lavorativa. Tali miti si organizzano intorno alle finalità dell'integrazione e dell'autonomia, che possono essere declinate in vario modo nel rapporto con l'utenza.

L'integrazione della diversità, nelle varie forme in cui essa si attua può tenere in sé significati complessi: da un lato vi può essere la fantasia di ricondurre la diversità ad una norma culturalmente desiderabile entro un'ottica conformista; dall'altra l'integrazione può fondarsi sulla valorizzazione della specifica diversità da considerare quale valore aggiunto in grado di contribuire allo sviluppo dei sistemi di convivenza (Paniccia, 2012). Nel servizio in cui ho lavorato l'integrazione sembrava intrisa di quella cultura valoriale che ha caratterizzato il passaggio dalla psichiatria istituzionalizzata alla psichiatria territoriale, ma che ha fatto fatica a tradursi in metodologie di intervento.

In una fase iniziale del lavoro si concordavano con la committenza e si proponevano agli utenti percorsi separati per coloro per cui era ipotizzabile una sperimentazione lavorativa rispetto a chi, invece, non avrebbe mai avuto accesso al mondo del lavoro per motivi di età, di pensione o inabilità lavorativa. I laboratori erano pensati o come propedeutici ai percorsi di avviamento al lavoro o come percorsi di socializzazione per coloro che venivano ritenuti non idonei al percorso di avviamento al lavoro.

Alcuni utenti, ritenuti più autonomi, venivano inviati al servizio direttamente con lo scopo di attivare una borsa lavoro, senza passare per i laboratori; altri venivano inviati per partecipare alle attività laboratoriali intese come propedeutiche alla sperimentazione lavorativa; altri ancora, per motivi di età, inabilità lavorativa o altro, venivano inviati esclusivamente per promuoverne la socializzazione. Il mio intervento è stato quello di dar senso ai *drop out*, che si verificavano in particolare nei percorsi di quegli utenti che venivano inviati esclusivamente per la borsa lavoro, con la fantasia che fossero più autonomi. Ho messo in discussione la fantasia dell'autonomia e ho proposto di valorizzare i laboratori come occasione di conoscenza dell'utenza, per costruire insieme opportunità di sperimentazione lavorativa e per valorizzare la preziosa risorsa che il rapporto con il territorio rappresenta per questi utenti psichiatrici. Per esempio, se li si utilizza per dare senso al rapporto tra il dentro dei servizi e il fuori del territorio, e per acquisire competenza a stare su cose terze (Carli, 2012).

Penso possa essere utile riflettere sulle ipotesi che fondano l'organizzazione del servizio intorno ad attività laboratoriali, quali spazi in cui sperimentare la condivisione di cose terze utilizzando veicoli come pittura, film, musica, documentari, fotografie. La condivisione di cose terze permette di sperimentare relazioni dove è possibile mostrare altre parti di sé, che non coincidano necessariamente con l'identità di paziente psichiatrico e con la relazione medicalizzata sperimentata nel rapporto con il CSM. Entro questi spazi è possibile scoprire "parti altre" che potranno essere giocate anche nel rapporto con il territorio/fuori, che da questo vertice smette di essere l'agito di una fantasia del territorio quale luogo da presidiare e al quale mostrare la propria adeguatezza, ma può evolversi in un rapporto dotato di senso, fondato sulla partecipazione istituita su interessi da condividere.

Un altro mito che sembra caratterizzare la cultura dei servizi di salute mentale è quello dell'autonomia. La funzione psicoanalitica si è espletata nel proporre interrogativi intorno a tale assunto: si promuove autonomia da chi o da cosa? Si è rivelato utile esplorare le fantasie sottese a finalità ambigue e scontatamente date per

⁵ "Il mito ha precipuamente la funzione di fondare la convivenza, la narrazione di emozioni entro gruppi sociali. Definisce i gruppi sociali e ne rende possibile l'identificazione, l'appartenenza e la condivisione culturale [...] Il mito organizza socialmente, e al contempo reifica entro oggetti che si trasformano tramite il processo della collusione, la simbolizzazione affettiva degli eventi. Questo processo collusivo è la modalità prima della conoscenza, fonda la socialità e le dinamiche affettive che attraversano le relazioni sociali. Solo entro la conoscenza inconscia e collusiva si può esercitare il riconoscimento del pensiero consapevole e individuale" (Carli & Paniccia, 2017, pp. 35-42).

costruire e convenire obiettivi insieme ai clienti dentro le finalità definite dal mandato sociale. L'autonomia di cui si parla nei contesti di salute mentale sembra avere a che fare con il mito dell'autonomia che caratterizza il contesto storico, culturale, politico, economico e sociale in senso più ampio. L'etimologia della parola autonomia (dal gr. *αὐτός*, "stesso" e *νόμος*, "legge") rimanda al potere di dar legge a sé stesso. L'autonomia fa venire in mente modelli culturali caratterizzati un'idea di sviluppo di tipo individualista, dove essere autonomi sembra evocare la fantasia di rendersi autonomi dai rapporti e dai contesti nei quali si è implicati.

I costrutti di autonomia e integrazione rischiano di proporre una falsificazione degli obiettivi esponendo tanto gli utenti quanto gli operatori a vissuti di frustrazione e impotenza, se si prende per vero che la finalità del processo terapeutico presso il servizio sia trovare lavoro, per emanciparsi dal servizio stesso. Se la funzione del lavoro viene reificata nelle sue componenti risolutorie, di aiuto pratico e concreto, si perde quell'opportunità preziosa che la borsa lavoro può costituire per ridefinire un progetto di sviluppo, anche, ma non necessariamente lavorativo. In questi anni la funzione psicoanalitica sviluppata ha reso possibile pensare il senso di tale dispositivo come strumento e non come fine del percorso presso il servizio.

Integrazione tra mandato sociale e committenza: costruire obiettivi a partire da finalità

La funzione che ho sviluppato è stata quella di costruire un significato condiviso tra operatori, committenti e clienti del servizio intorno alla questione lavoro. Un'azione interpretativa proposta attraverso i colloqui di monitoraggio con i clienti è consistita nel proporre di non dare per scontato che l'obiettivo fosse cercare lavoro, ma di pensare insieme una propria identità professionale (e non solo) trattando le rappresentazioni emozionali intorno al lavoro e occupandosi delle motivazioni che spingono a interessarsi ad uno specifico lavoro.

Questa proposta è stata utile a proporre nuovi assetti collusivi intorno alla finalità dell'integrazione sociale e lavorativa, laddove il processo collusivo in atto sembrava orientare l'agire professionale dei servizi e le aspettative dell'utenza verso la componente concreta e risolutoria del dispositivo borsa lavoro. Non dare per scontata la domanda così come arriva vuol dire restituirle complessità rendendo pensabili le fantasie sul lavoro e sul rapporto tra servizio e territorio. In tale ottica è possibile offrire orientamento al lavoro e bilancio di competenze, e non borsa lavoro come risorsa da predare o consumare in nome di un diritto. L'obiettivo diventa dare senso alla propria idea di lavoro. Recuperare le storie lavorative precedenti, laddove presenti, elaborare la fine di quelle esperienze, ha significato recuperare le storie di vita, poter nominare i momenti di crisi spesso vissuti come qualcosa di accontestuale e fuori da relazioni. In tal senso avviare un percorso di sperimentazione lavorativa vuol dire avviare un processo di pensiero sull'esperienza, non liquidando la possibilità di rendere pensabili anche le difficoltà, le crisi e i limiti, che, entro la fantasia che il lavoro sia un obiettivo risolutorio e normalizzante, diventano fallimenti impensabili.

Le riunioni di équipe con la committenza sono state utilizzate per pensare tali dinamiche collusive; in tal senso è stato possibile pensare, ad esempio, che in alcuni casi la progettualità inerente le borse lavoro fosse più un bisogno dell'équipe che una domanda del cliente. Da questo punto di vista lo sviluppo può essere inteso quale competenza di un utente a sviluppare la funzione cliente, rintracciando una propria domanda in grado di orientare l'agire del servizio.

La funzione psicoanalitica costruita nel servizio ha permesso di dare senso agli eventi critici (*drop out*) emersi attraverso le borse lavoro, proponendo una riflessione circa la problematicità di un falso intorno alla questione lavoro intesa come ultima tappa di un percorso entro i servizi di salute mentale, scontatamente in rapporto con il fuori. Questo ha permesso di ripensare la fase propedeutica entro il servizio, caratterizzata dalla partecipazione alle attività laboratoriali, come processo facilitante lo sviluppo del rapporto tra utenti e servizio, in cui esplorare attese, fantasie, paure e ambivalenze circa la sperimentazione lavorativa o la frequenza del servizio, a volte vissuta come condizione stigmatizzante e da nascondere. Prodotto della funzione psicoanalitica è stato confrontarsi su queste differenti posizioni emozionali e pensare la propria implicazione in primis dentro i servizi di salute mentale e, successivamente, entro eventuali altri contesti (corsi di formazione, partecipazione ad eventi culturali presenti sul territorio, sperimentazione in contesti lavorativi). Da questo vertice i *drop out* non sono più considerati l'esito fallimentare dell'utente o dell'équipe (che non ha sufficientemente valutato o previsto quelle che potevano essere le criticità), ma diventano pensabili come espressione di fallimenti collusivi riguardanti le reciproche aspettative entro i servizi della salute mentale.

Analisi dei processi collusivi attraverso un'esperienza di gruppo

Con l'obiettivo di rendere pensabili le dinamiche collusive organizzanti il rapporto tra servizio, utenti e territorio, ho proposto l'istituzione di un gruppo di discussione che coinvolgesse utenti e operatori. Si trattava di creare uno spazio di parola che andasse a integrarsi con la cultura del fare che caratterizzava i laboratori. Il gruppo prevedeva incontri settimanali su questioni di interesse e problemi riguardanti il rapporto con il servizio. Ho proposto ai partecipanti di utilizzare il gruppo per confrontarsi sulle attività a cui partecipavano nel servizio, sul modo in cui le vivano, sui problemi che incontravano.

Sebbene la proposta fosse stata accolta entusiasticamente nella fase di progettazione, ricordo l'imbarazzo dei primi incontri dove sembrava difficile pensarsi in un assetto di riflessione sull'esperienza vissuta nel servizio. Tale possibilità sembrava essere impertinente entro il vissuto di scontatezza dell'essere in quel contesto, fondato sull'implicito dell'ovvietà circa il far parte dell'organizzazione.

La proposta di coinvolgimento nella progettazione del gruppo è stata tanto faticosa quanto interessante, sia per gli operatori che per gli utenti. Questo ha implicato la sospensione della cultura del fare, intesa come sospensione dell'azione trasformativa (Carli, 2013), deludendo l'aspettativa degli utenti di trovare laboratori preconfezionati in cui immergersi attraverso un fare rassicurante, ma senza possibilità di elaborarne un senso. Il coinvolgimento dell'utenza nell'organizzazione del servizio ha rappresentato un'azione interpretativa volta ad avviare un processo di pensiero sull'emozionalità collusiva agita nel rapporto tra utenti e servizio con l'obiettivo di promuoverne lo sviluppo. Tale relazione sembrava connotata da una posizione emozionale di passività e pretesa⁶ volta a delegare totalmente agli operatori l'organizzazione delle attività per poi lamentarsi che queste non fossero sufficientemente interessanti e, allo stesso tempo, ha reso evidente la proposta di infantilizzazione degli utenti da parte degli operatori che agivano fantasie sostitutive, laddove l'altro sembrava essere vissuto con scarse risorse. Così è stato possibile guardare criticamente alle attività laboratoriali che si ripetevano uguali a sé stesse nel tempo poiché fondate su competenze e interessi degli operatori (cinema, pittura, decoupage) più che su interessi e domande dell'utenza. Entro tale cultura organizzativa i laboratori parevano funzionali e rassicuranti non solo per gli utenti, i quali vivevano nella pretesa rassicurante e al tempo stessa rabbiosa che qualcuno si occupasse di loro, ma anche per gli operatori, presi dall'illusione di poter eludere le domande emergenti e l'emozionalità vissuta nel rapporto con l'utenza. In questa ottica è stato possibile pensare che l'avidità degli utenti, vissuta nelle pretese infinite di cibo, di tele per dipingere, di attenzioni, di qualcuno che in sostanza si occupasse di loro, non fosse la conseguenza naturale della loro diagnosi o delle loro caratteristiche idiosincratice, ma parlasse di culture locali agite. Da questo vertice l'avidità e la pretesa possono essere dotate di senso in rapporto all'oblatività e all'assistenzialismo che spesso caratterizzano la cultura dell'intervento di chi lavora entro tali servizi, nell'ipotesi che la domanda si costruisca in rapporto all'offerta che il servizio propone.

Parlare intorno a questioni quali cambiamento, lavoro, servizi di salute mentale, fragilità, rapporti familiari, dipendenza ha permesso di recuperare le storie dei rapporti con i servizi, i vissuti circa la malattia e la diagnosi, i ricoveri, le paure rispetto al futuro e i vissuti evocati dal rapporto con il territorio. In uno degli incontri, in particolare, ci si è soffermati sui vissuti dei partecipanti circa i percorsi di inserimento lavorativo. Il lavoro sembrava vissuto come un diritto da acquisire o come un qualcosa da evitare, pena la perdita del diritto alla pensione. Accanto alla fantasia di accaparrarsi e consumare risorse, emergeva una visione idealizzata del lavoro, come elemento magico e risolutorio. Gli utenti sembravano avere la necessità difensiva di bonificare l'emozionalità intorno all'esperienza lavorativa da ogni elemento di difficoltà, paura, ambivalenza, svincolato da esperienze reali, obiettivi e competenze.

Pensare le simbolizzazioni circa il lavoro ha significato anche pensare il rapporto con il territorio/fuori, il quale oscillava tra l'essere rappresentato a volte quale luogo salvifico, in quanto occasione di svincolo dai servizi psichiatrici, altre volte quale luogo minaccioso poiché implicante un riscontro e un rapporto con una realtà diversa da quella protetta sperimentata quotidianamente nel servizio. Trattare tali questioni nel gruppo ha permesso di rintracciare un nesso tra l'ideale e il reale favorendo un processo di pensiero sulla dinamica collusiva che connota la partecipazione al contesto. Parlare con gli utenti delle loro esperienze passate, delle competenze che sentivano di poter spendere nel mondo del lavoro ha permesso di pensare al lavoro nella sua complessità.

La fantasia organizzante la domanda di sperimentazione lavorativa sembrava essere la pretesa che gli operatori suggerissero un lavoro già pensato a prescindere dal proprio coinvolgimento entro il processo di costruzione dell'opportunità lavorativa. Obiettivo del mio intervento è stato favorire un pensiero sulla

⁶ “La pretesa è una neoemozione, un modo di possedere fondato sul ruolo che riveste la persona che pretende. Le neoemozioni sono modalità di rapporto fondate sulla fantasia di perseguire il possesso dell'altro o di essere oggetto del possesso dell'altro” (Carli & Paniccia, 2003, pp. 191-192).

posizione emozionale di delega e pretesa rendendo possibile lo sviluppo di una propria committenza rispetto al lavoro, intercettando un proprio desiderio, quindi una propria domanda. Riprendo il costrutto di desiderio così come proposto da Renzo Carli:

Desiderare è un evento mentale che confronta con i limiti della realtà. L'etimo del termine desiderare rimanda a "togliere lo sguardo dalle stelle" (*de-sidera*), quindi all'abbandonare le fantasie onnipotenti che illudono d'essere Dio, per accettare il limite del proprio operare e la relazione con la realtà (Carli R., 2015, p. 43).

Recuperare il rapporto con la realtà e con i limiti che tale rapporto implica è risultato un ancoraggio utile. Sono emerse, per esempio, esperienze pregresse di lavoro e si è visto che spesso tali esperienze coincidevano con l'esordio della malattia psichiatrica. Per la prima volta era possibile nominare esordi, ricoveri e diagnosi, difficoltà a rimettersi in gioco in seguito allo spauracchio della malattia mentale. In tal modo diagnosi, ricoveri, malattia smettevano di essere macigni impensabili, potevano essere storicizzati, dotati di senso, connessi ad altre relazioni ed essere utilizzati quali limiti o risorse da cui partire nella costruzione di obiettivi di sviluppo.

Conclusioni

Una fantasia presente nel servizio di integrazione socio lavorativa di cui ho resoconto, era la tendenza a leggere gli eventi critici come causati da eventi esterni. I fallimenti dei percorsi di inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici, per esempio, erano considerati frutto di un invio fatto nel momento sbagliato (troppo tardi o troppo presto), di motivazioni dell'invio poco chiare, delle patologie invalidanti, delle caratteristiche individuali dell'utente, quasi nel tentativo di eludere l'implicazione del servizio nel processo di costruzione dell'intervento. Nella mia esperienza lavorativa, la funzione psicoanalitica si è declinata nel proporre criteri di lettura che permettessero di guardare agli eventi critici come espressione del fallimento della dinamica simbolico relazionale, come crisi dei rapporti e difficoltà a tenere insieme i diversi livelli di committenza caratterizzanti le finalità di integrazione sociale e lavorativa (committenza del CSM, delle famiglie e dell'utenza).

La metodologia dell'intervento psicologico si è espletata nel provare a costruire un significato condiviso di quello che è lo strumento lavoro attraverso una riflessione sui significati simbolici e collusivi che ne costituivano le premesse. Il servizio, attraverso la costituzione di un gruppo, è diventato più competente nel mantenere rapporti con utenti e territorio, per esempio facendosi carico di dare senso agli eventi critici.

Bibliografia

- Barone, R., Bruschetta, S., & D'Alema, M. (2013). *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete AIRSaM* [The social and working inclusion in mental health. Good practices, empirical research and innovative experiences supported by AIRSaM]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto [Notes on the report]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere [The charming illusion of possession, the ritual obligation of exchanging, the difficult art of sharing]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285-303. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013). Per una psicologia clinica del gruppo [For a clinical psychology of the group]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-24. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2015). Perché si va dallo psicologo clinico: Ripensando all'analisi della domanda [Why people turn to clinical psychologist: Thinking over the analysis of demand]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-44. doi:10.14645/RPC.2015.1.536
- Carli, R. (2018). Inconscio, culture locali e linguaggio: Linee guida per l'Analisi Emozionale del Testo (AET) [Unconscious, local cultures and language: Guidelines for the Emotional Text Analysis (AET)]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 7-33. doi:10.14645/RPC.2018.2.739

- Carli, R., & Giovagnoli, F. (2010). L'inconscio nel pensiero di Ignacio Matte Blanco [The unconscious in Ignacio Matte Blanco's thought]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The Emotional Textaul Analysis. A psychological tool for analysing texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of the intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica* [Clinical cases. The report in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011a). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of the mental health services in Italy. From the psychiatric patient to the new users: The evolution of the demand of help and of the relational dynamics]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011b). La stavkirke norvegese e lo spazio anzi. Continuità e discontinuità nella rappresentazione sociale e nel mito [The Norwegian stavkirke and the spazio anzi. Continuity and discontinuity in social representation and in myth]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 71-96. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2012). Malattia mentale e senso comune [Mental illness and common sense]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 201-206. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2017). L'intervento psicologico clinico come mitopoiesi [Clinical psychological intervention as mitopoiesis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 33-49. doi:10.14645/RPC.2017.2.693
- Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. (2009). Retrieved from <http://nodiscriminazione.regione.puglia.it/download/NormativaInternazionale/Convenzione-ONU-sui-diritti-delle-persone-con-disabilit.pdf>
- Decreto del Presidente della Repubblica 1 novembre 1999. "Progetto Obiettivo. Tutela della Salute Mentale 1998-2000" [Presidential Decree of 1 november 1999, "Obiettivo Project. Protection of mental health"]. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_558_allegato.pdf
- Goffman, E. (1968). *Asylums. Le istituzioni totali. I meccanismi dell'esclusione e della violenza* [Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates] (F. Basaglia, Trans.). Torino: Einaudi. (Original work published 1961).
- Langher, V., Ricci, M.E., & Diamanti, S. (2010). La normativa sull'integrazione scolastica dei disabili tra colpa e pretesa. Una ricerca sul fallimento collusivo nel rapporto tra insegnanti e genitori di alunni disabili. [Legislation on school integration between guilt and claim. A research on the collusive failure in the relationship between teachers and parents of disabled student]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 118-132. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Legge 2 aprile 1968, n.482. "Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e aziende private". [Law of 2 april 1975, n. 482. "General discipline of mandatory recruitment in public administrations and in private companies"]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1968/04/30/068U0482/sg>
- Legge 13 maggio 1978, n. 180. "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori". [Law of 13 may 1978, n. 180. "Health assessments and treatments voluntary and mandatory"]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104. "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate". [Law of 5 february 1992, n.104. "Framework-Law for the assistance, the social integration and rights of handicapped people"]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>

- Legge 12 marzo 1999, n.68. “Norme per il diritto al lavoro dei disabili. [Law of 12 march 1999, n. 68. “Rules for the right to work of disabled people”]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/23/099G0123/sg>
- Paniccia, R.M. (2012). Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola. Da ruoli confusi a funzioni chiare [Assistants for autonomy and integration at school: From confused roles to clear functions]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 165-183. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>