



TRANS-PSICHIATRIA

*Un'occasione oltre la Psichiatria
oltre l'Antipsichiatria
oltre la Non-psichiatria*

a cura di

Gaetano Bonanno

A partire da Rimini 2008. Con il potere e con la Psichiatria abbiamo in comune prima di tutto il linguaggio. Con la trans-psichiatria vogliamo porre una discriminante di metodo e progetto. Quello psichiatrico è solo appena un granello dell'abnorme potere dello Stato. Non per questo sposeremo una critica qualsiasi solo perché si cinge della qualifica di anti-psichiatrica. Da Szasz a L'istituzione del male mentale, di Di Paola. Leonardo Ancona critica Szasz: come Don Ferrante. I pensieri infiniti delle Psichiatriche. Il medico dell'anima che cosa sta continuando a curare di una mai trovata anima né di un mai trovato suo moderno succedaneo. Curasse almeno l'uomo che si crede portatore di un'anima, di una psiche e di una loro malattia. La "180" ha cambiato i connotati alla violenza. L'Istituzione cambia le facoltà della conoscenza. Quel qualcosa che hanno oltre il niente che abbiamo. Ogni spazio fisico, mentale e relazionale può rappresentare un'occasione verso l'altrove. Istituzioni totali tra analogie e differenze. È la pistola a produrre comportamenti insensati. Psichiatria e Anti-psichiatria hanno un derubato in comune. In quali panni calarsi è sempre una scelta. La Psichiatria e la

malattia hanno uno statuto epistemologico? Con la Psichiatria cambia la malattia. Mille psichiatrie. Psichiatrie e psichiatri integrati nel DSM. Necessità di analisi della Psichiatria del Dipartimento. Non tutte le Anti-psichiatrie si confanno per affinità al “Progetto Contraria-Mente”. La Psichiatria, anche nel suo modello Dipartimento, riflette il modello del potere statale. Anche il Dipartimento è figlio dell’Anti-psichiatria. Della “malattia mentale” non abbiamo capito né che cos’è né cosa non è. Reciproci riciclaggi. L’Anti-psichiatria dei nostalgici, delle vedove e degli orfani. Il Dipartimento è incapace di mantenere la promessa cura. Dove c’è la Psichiatria nessuno può arrivare prima. L’istituzione cambia discorsi diversi in strutture di morte e controllo sociale. Il potere della delega in senso autoritario. Una cornice istituzionale trasforma anche l’ignoranza in strumento di dominio. La giostra del metodo istituzionale. Siamo sempre su una giostra. Qualche volta in controsenso. L’istituzione non ha spazio per uno sguardo olistico dell’individuo. È l’affinità di metodo che guida la nostra relazione. Un’azione al di là dell’ideologia. Un meccanismo Ex adiuvantibus. Dove una richiesta giustifica una malattia. In ogni caso vogliamo sapere di che stiamo parlando. Verso l’individuo in quel qualcosa che ha oltre il niente che ha. Verso l’individuo in quel qualcosa che è oltre il niente che è.

Linguaggi diversi?

Caro amico, un confronto, a partire da Rimini di quest’estate non lo credo pensabile in un paio di e-mail che non sempre riescono ad esaudire la pretesa che hanno, specie quando mi dici: «*sta storia della "trans-psichiatria" non mi è chiara*». Eppure ho creduto di essere stato abbastanza chiaro ed esplicito nelle mie lettere.

Mi dici che secondo te «*il problema di Rimini è dovuto al fatto che l’antipsichiatria radicale, da un lato, propone solo l’attacco alla psichiatria (movimento contro-), mentre dall’altro lato vi sono molte persone che vorrebbero proporre nuove metodologie per affrontare la sofferenza (movimento verso-)*». Sono due realtà che provengono da percorsi diversi, e spesso finiscono per azzuffarsi (perlopiù direi che è l’antipsichiatria ad attaccarli) proprio per una

questione dei diversi linguaggi che vengono usati.»

Nemmeno io che lo sto utilizzando sono convinto del termine “*Trans-psichiatria*”. Se non altro perché, ancora una volta sia in “*Anti-*”, sia in “*Contro-*” sia in “*Non-*” sia in “*Meta-*” sia in “*Trans-*” si ripropone in tutta la sua prepotenza la stessa Psichiatria. Se anche nel nostro linguaggio, in qualche modo, non si riproponesse la “*Psichiatria*” è come se non riuscissimo più a dire di che cosa stiamo parlando. Questo perché, in qualche modo, vogliamo dire che, sebbene da un punto di vista nostro, stiamo però sempre parlando di qualcosa e precisamente del bisogno di cura per le anime del quale, per secoli, s’è occupato qualche forma di curatore, non ultimo il medico, oggi lo psichiatra. Tutto ciò mi viene a raccontare che con il potere, e in questo caso con la Psichiatria, abbiamo in comune molto e prima di tutto condivi-

diamo il linguaggio. Questo fino al punto che se togliamo il concetto di “*Psichiatria*” veramente non riusciamo più a dire di che cosa stiamo parlando. Credo allora che quei linguaggi più che diversi siano più consimili di quanto non sembra. Condividere il linguaggio con il potere è già una mezza sconfitta che imcombe sull’individuo che, pur se da inquilino, deve convivere sotto lo stesso tetto. Nonostante la incapacità nel non essere riusciti ad avere un linguaggio tutto nostro, quello che un punto di vista transpsichiatrico vuole capire è se il linguaggio, anche quando strumento coattivamente condiviso, possa essere utilizzato in una prospettiva diversa da quella del potere. Con una doppia finalità: capire quale risposta autogestionaria, in prima persona, dare ai bisogni di cura di noi individui, quindi lottare contro l’istituzione che, anche sotto forma di Psichiatria, fino ad ora è stata solamente capace di distruzione degli individui.

Si può capire la Trans-psichiatria?

Forse questo tentativo di comunicazione avrebbe richiesto ritmi più accelerati che per diversi motivi non riesco a mantenere, infatti sto potendo rispondere solo ora alla tua del 15 settembre. Eppure non è a questo ritmo che penso ma a ben altri ritmi di cui avremmo bisogno per porre un freno, se non fine, all’abnorme potere dello Stato, del quale quello psichiatrico è solo appena un granello; all’abnorme strapotere dell’Istituzione medica e dell’istituzione della Salute che nel Dipartimento di Salute Mentale trova solo una delle sue espressioni. Tra i non ultimi regali che i medici hanno reso all’umanità ti ricordo il mercato di carne umana di quest’estate scorsa nella Lombardia, dove un intervento chirurgico poteva essere giustificato esclusivamente dal guadagno che da esso la struttura sanitaria traeva.

Sappiamo di che stiamo parlando

Più che ad un’incomprensione credo si possa pensare ad una diversa comprensione; d’altra parte, se di Psichiatria stiamo parlando, bene la conosci tu per alcuni versi, bene la conosco io per altri versi.

Un linguaggio condiviso

«credo che tu abbia ricamato troppo su certe affermazioni». Cosa vuoi che ci sia da ricamare. Ti invito a leggere quello che tu chiami *ricamo* come la critica ad uno stereotipato linguaggio che purtroppo condividiamo sia con il potere che con la stessa Psichiatria.

Odor di tradimento

Se non ho prestato giuramento a nessuna bandiera è vano ogni odor di tradimento. Non ci sono dubbi sulla stima che ho nei tuoi riguardi, l’unica per la quale non mi priverò, né ti priverò, di muoverti delle critiche quando riterrò che il discorso si muove su pseudo critiche e su stantie stereotipie che oltre a non aiutarci creano confusione nei compagni che cerchiamo in affinità. Sugli “*Anti-*” c’è un’inflazione. Noi vogliamo con la transpsichiatria porre una discriminante di metodo e progetto.

Per non dimenticare

Mi sento empaticamente a te vicino quando il tuo ricordo si sente costretto a ripercorrere quello che la tua famiglia, la madre tua e tu stesso avete vissuto in sofferenza per mano del potere psichiatrico. Una sofferenza che si va ad unire a quella di tanti di quelli che per un qualche motivo sono stati violentati dalla Psichiatria. È questo che terremo sempre presente nelle nostre lotte non contro la Psichiatria che del potere è solo una delle espressioni, ma *anche contro* la Psichiatria. Questo dovremo tenere presente prima di tutto contro le logiche di potere, di dominio, di Stato fondate sulla promozione di una relazione di potere e sull’attacco e

sull'esclusione della relazione empatica. Non per questo ogni critica sarà la mia critica; non per questo sposerò, cosa a cui si è tentati, qualsiasi critica solo perché si cinge della qualifica di anti-psichiatrica; non per questo mi esimerò dal criticare nell'Anti-psichiatria quella che io chiamo logica partitica la quale si accontenta, solo per una questione di quantità, di accogliere al suo interno qualsiasi posizione per il solo fatto di dirsi aderente all'Anti-psichiatria.

Un chiarimento trans-psichiatrico

Considera allora l'articolo che ti allego, oltre che un contributo al nostro confronto, un contributo ad un chiarimento del punto di vista che, non trovando di meglio, sto chiamando "*trans-psichiatrico*", senza con questo volerlo tirare fuori da una lotta contro l'Istituzione Dipartimento (Psichiatria compresa) o privarlo di una qualità "*anti*" ma nello stesso tempo volendolo distinguere da una indistinta Anti-psichiatria e volendolo portare oltre, al di là di uno sconcertante, mummificato e stereotipato succedaneo di critica anti-psichiatrica.

Da Szasz a Di Paola

Che Szasz sia tuo "*grande amico*", mi fa piacere, come mi fa piacere che, nei confronti di un amico, si abbia sempre un'occhio di riguardo che a me serve a meglio capirlo, comprenderlo ma anche, quando ce ne fosse bisogno, a meglio criticarlo. Ora, però, ti confesso che criticare un amico non è cosa semplice, per più d'un motivo, spece quando quell'amico è Szasz che si dimostra capace di una retorica non indifferente che, se comunque poco si concilia con il rigore richiesto dalla scienza, non di più si concilia con quanto ci proponiamo attraverso un metodo di lotta autogestionaria. Non trovo piacevole la costruzione del suo discorso, la critica non adeguata alla tipologia dell'argomento trattato né alla tipologia del Disagio a cui ci riferiamo più di

quanto non lo sia quella della giustamente ma diversamente criticabile Psichiatria. È questo che mi fa sentire che le modalità del discorso del Di Paola in "*L'istituzione del male mentale*" non trovano un precedente di confronto in Szasz, anche se ribadisco di sentire il discorso del Di Paola a completamento e, perché no, a superamento di quanto dice lo psichiatra Szasz.

Onestà e retorica

Onestamente «Szasz afferma *categorialemente* che egli è e rimane "*psichiatra*"; non certo un anti-psichiatra, termine impreciso e fuorviante come se i chimici volessero definirsi *anti-alchimisti*.» Il discorso di Szasz si snocciola, anche simpaticamente, volendo, tra contraddizione, aporia, metafora, analogia, sineddoche, sofisma, aforisma, metonimia, paralogismo e via dicendo ad organizzare tutto uno strumentario dichiarantesi critico della Psichiatria in uno stile che basta anche uno psichiatra qualsiasi per paragonarlo a quello del non certamente scientifico Don Ferrante.

Uno psichiatra in nome della Scienza

Per non dire poi che la sua critica avviene in nome della scienza seguendo un modello deterministico che da tempo... ha fatto il suo tempo. «*Ciò vien fatto in nome della "scienza", che è poi quella derivata da modelli fisico-chimici applicati alla biologia, modelli di tipo deterministico quantitativo che hanno fatto il loro tempo persino nel campo fisico. Essi appartengono di fatto al suo periodo pre-relativistico e pre-quantistico; si sono dimostrati inadeguati per la spiegazione della realtà oggi conosciuta (quella galattica come quella subatomica) ed hanno prodotto il viraggio epistemologico dal principio di causalità a quello informazionale (E. H. HUTTEN, 1974); in un modo del tutto corrispondente a quello da tempo insegnato in Psicologia, quindi applicato alla Psichiatria ed alla Psico-somatica (L. ANCONA, 1982).*».

Solo un accenno ad una più approfondita critica a Szasz rivolta da un suo collega psichiatra, Leonardo Ancona, nella Presentazione al suo libro “*Schizofrenia simbolo sacro della Psichiatria*”, inserito nella collana “*Psicoanalisi e Psichiatria del profondo*”, di cui Ancona è Direttore, Edizione Armando Armando, 1984.

Una delle tante critiche all’Anti-psichiatria che, sebbene provenga da uno psichiatra, mi sembra una critica intelligente e metodologicamente non corretto scartare per partito preso.

I pensieri delle Psichiatrie

Quando parliamo di Psichiatria, riferendoci essenzialmente ad un suo ipotetico pensiero, più o meno condivisibile, a quello al quale si sono riferiti tutti coloro che hanno voluto trovare una risposta a che cos’è la follia e al come curare la persona folle, ci perdiamo in una infinita varietà di pensiero; ci perdiamo proprio follemente.

Il termine “Psichiatria” deriva dal greco psyché (ψυχή) = spirito, anima e iatros (ιατρός) che significa medico. Letteralmente la disciplina si dovrebbe occupare della cura dell’anima.

Anima persa

Se non c’è stato verso né modo di trovare né quell’anima originaria né un’anima più moderna, tantomeno c’è stato verso di capire lo psichiatra, medico dell’anima, che cosa sta continuando a curare di una mai trovata anima né di un mai trovato suo moderno succedaneo. La Psichiatria sembra che non abbia fortuna come noi sembra non abbiamo fortuna con la Psichiatria. Né l’anima s’è trovata né una qualche probabile “malattia” di quell’anima ipotizzata. Non s’è trovata nemmeno una qualche probabile malattia secondo l’epistemologia della Medicina che, pur con nessuna affinità con la lontana ipotizzata anima né con la più recente psiche, potesse, anche lontanamente, suggerire un suo succedaneo. Senza biso-

gno di sforzo alcuno, solo facendo riferimento ad un minimo di buonsenso, potremmo comprendere che lo psichiatra, se non cura la non trovata anima, se non cura la non trovata psiche, se non cura la non trovata malattia, curasse almeno l’uomo che si crede portatore di un’anima, di una psiche e di una loro malattia.

Né cura né prendersi cura

Si arriva alla conclusione che né lo psichiatra né la sua équipe né curano né si prendono cura di quell’uomo. Per carità, con le dovute eccezioni che, se non altro, dimostrano sempre possibile il prendersi cura delle persone. Ancora, se lo psichiatra potesse partecipare del prendersi cura di individui la cui esistenza è martoriata da una, qualche volta terribile, condizione di Disagio Relazionale, sarebbe cosa buona e socialmente importante in una condizione di quasi nera ignoranza.

“180” una rivoluzione fittizia

In tal senso la “180” che propone il nobile compito di volersi occupare della “*Tutela della Salute Mentale*” avrebbe voluto e dovuto portare all’abbandono della violenza e dell’autoritarismo medico psichiatrico per una modalità totalmente diversa del prendersi cura delle persone, per una modalità di guardare con occhio diverso la condizione di Disagio Relazionale. Un grande passo è stato realizzato con la lotta per la chiusura dei manicomi, dolente per i nostalgici, nuovi anti-psichiatri pure loro. Per il resto la logica autoritaria e di potere ha continuato nei servizi del Dipartimento lasciando che le Psichiatrie vi si riciclassero in una cornice di integrazione su un metodo condiviso, quello istituzionale, autoritario e di potere. Questo è avvenuto non perché niente della conoscenza delle varie professioni “*Psi-*” è in grado di curare l’individuo, quanto per l’utilizzo che di quella conoscenza se ne fa nelle istituzio-

ni dello Stato fondate sul potere, sull'autoritarismo, sulla gerarchia, sul dominio, sulla logica dell'Economia, sul paternalismo, sulla delega, sul controllo dell'individuo. La possibilità e la capacità di cura è, dopo la conoscenza, sempre in relazione all'istituzione.

Una situazione oltre il niente che ho

Non trovo il concetto di “*anima*” appropriato al discorso trans-psichiatrico. Se ognuno rimane sempre libero di sentirsi addosso tutte le anime che vuole, abbiamo preferito parlare di Di.Re. e Gra.Di.Re. pensando ad una *situazione*, oltre il dualismo “*malattia/non-malattia*”, e ad una persona che si trova ad essere nelle dolorose condizioni di Disagio Relazionale o di Grande Disagio Relazionale. Tutte persone che sicuramente non hanno una malattia, che anzi *hanno niente* ma che ci invitano ad una sfida. Ci invitano ad un movimento trans-psichiatrico che andando al di là e oltre la “*malattia*” della Psichiatria e al di là e oltre la “*non-malattia*” dell'Anti-psichiatria si pone quale superamento e quale movimento oltre la Psichiatria e oltre l'Anti-psichiatria, per andare a cercare in quella situazione quel qualcosa che hanno oltre e al di là del niente che hanno.

Si capisce meglio allora la non facile comprensione che sia uno psichiatra che un anti-psichiatra possono avere per un punto di vista trans-psichiatrico. Allora la discriminante del “*Progetto Contraria-Mente*” non è secondo chi si pone in tale ricerca o secondo quale professione o quale qualifica, mentre ci interessa che in tale ricerca si ponga l'individuo, scegliendo e difendendo una metodologia relazionale empatica contro una relazionalità di potere e che ogni spazio fisico, mentale e relazionale possa rappresentare un'occasione per tale ricerca.

La differenza nelle analogie

Tra Manicomio e Carcere, entrambi istituzioni totali, ci sono delle ana-

logie. Non possiamo però, solo per questo motivo, capire il manicomio di ieri o il Dipartimento e il carcere di oggi se sottovalutiamo che tra le due istituzioni ci sono analogie ma anche tante differenze. L'uno promette accoglienza, cura, guarigione per la libertà dalla malattia, mentre l'altro promette punizione per la cui prima realizzazione toglie la libertà.

Dal Manicomio all'Ospedale Psichiatrico, al Dipartimento il problema non è stato che mancassero una promessa e una premessa buone, quanto che, adeguate le promesse alle conoscenze in campo, di fatto si avesse tradito la promessa e si fosse garantita nella maggior parte dei casi relazione di potere e repressione più o meno camuffate da cura. Dall'Istituzione totale carcere, pur se non ne condividiamo niente, ci aspettiamo la repressione, fino a quando non saremo in grado di distruggerla con tutta la sua filosofia e nelle sue più profonde strutture in quanto è sicuro mantenimento di una promessa; da parte delle Psichiatrie non ci dovremmo aspettare violenze e autoritarismo, in quanto promettono cure. Possiamo capire il Manicomio e il Dipartimento solo se di entrambi le istituzioni, la psichiatrica e la penitenziaria, riusciamo a considerare sia le analogie ma anche le differenze. Non possiamo considerare il Dipartimento in una relazione di totale analogia con il manicomio né tantomeno con il carcere.

Un discorso a-relazionale

Una delle posizioni dell'Anti-psichiatria funziona nel modo seguente. Ci possono essere «*comportamenti (...) intollerabili, insensati, incomprensibili, pericolosi per la nostra integrità (...) non sono frutto del modo in cui funziona il nostro cervello o la nostra biochimica.*»⁽¹⁾

¹⁾ DIZIONARIO ANTIPSICHIATRICO - esplorazioni e viaggi attraverso la follia

Quale differenza rispetto a quanto sostiene la Psichiatria? Questa sostiene che quei comportamenti sono frutto della biochimica cerebrale, gli Anti-psichiatri dicono di no; che con il comportamento la biochimica del cervello non c'entra niente. Entrambe le posizioni, in quanto psichiatriche, risulteranno certamente da indagini scientifiche sulla biochimica del cervello. Presteremo attenzione ad entrambe le posizioni, in quanto entrambe posizioni di rispettivi scienziati, così come lo facciamo per tutte le altre forme di conoscenza scientifica. Qualche riflessione però ce la consentiamo, per esempio, quando Giuseppe Bucalo, Assistente Sociale, nel *“Dizionario Antipsichiatrico”*, spiega meglio che cosa vuole un anti-psichiatra, e per fortuna non tutti, dire con la sua posizione.

Szasz insegna

«Allo stesso modo in cui la paura del rapinatore che mi sta derubando non deriva dall'adrenalina che viene pompata in circolo nel mio corpo, ma dalla pistola con cui mi minaccia.»

Vediamo come sta ragionando un anti-psichiatra. Intanto, per chiarire: *«la paura del rapinatore»* è espressione prima maldetta poi corretta all'interno del discorso, in quanto sembra che si stia evidenziando del rapinatore che ha paura. No, non è della paura del rapinatore che si sta parlando; l'autore sta facendo l'esempio della *paura che mi fa il rapinatore che mi sta rapinando*. Sta considerando se stesso rapinato e, per meglio comprendere il trauma della paura del rapinato, sta facendo sua quella paura e sta attrezzando una critica contro il *“rapinatore”*. Sta facendo riferimento alla sua relazionalità empatica scegliendo una relazione empatica per il rapinato e una relazione di potere per il rapinatore.

Guardie e ladri

Cosa fa l'autore? Pone un'analogia del tipo: *come questa cosa non succede qua, questa cosa non succede là*. Per spiegare l'assurdità di una modalità di comportamento della Psichiatria, fa un esempio da *guardie e ladri* in cui pone in rapporto un rapinatore e un derubato. Individua così degli elementi del confronto: *un rapinatore, un derubato, un circolo sanguigno, l'adrenalina in circolo, la pistola, la paura*. Individua degli elementi ma decide di non porli in una modalità relazionale. Saranno pure fatti suoi o no? Non mette in relazione gli elementi individuati ma si spinge a cambiare i connotati di alcuni elementi. Definisce uno degli elementi, il *“derubato”*, con il quale l'autore s'identifica nell'esempio: *«la paura del rapinatore che mi sta derubando»*, dove l'autore s'immagina come colui che è derubato da quel rapinatore. Si mette nei panni del derubato. Dopotutto l'empatia è anche uno strumento e, come tutti gli strumenti, oggetto di decisionalità... ma anche motivo di brutti scherzi. L'autore non è il derubato reale, ma si cala nei panni di un ipotetico derubato in un atto di emozionante relazione empatica al punto da mostrare il patema d'animo scatenatosi nel suo circolo sanguigno alla vista della pistola del rapinatore. Prima però fa un po' di pulizia: vi si può calare solo dopo aver cambiato i connotati ad un elemento, all'*espropriato*. Da dove viene fuori lo *“espropriato”*? Non viene fuori, c'è ma, per volere e decisione dell'autore, rimane ben nascosto sotto quel povero *“derubato”*. Di cosa infatti, un derubato, potrebbe essere derubato se non di qualcosa della quale s'è appropriato? Lo fa solo dopo aver chiamato l'espropriato *“derubato”*. Si vede, si mette e si sente così nei panni del derubato.

La categoria del derubato

Che categoria è il “*derubato*”? Vorrebbe forse dire di colui al quale è stata sottratta qualcosa di cui si era indebitamente appropriato? Perché non lo chiama “*espropriato*” che lo chiama “*derubato*”. Solo per semplificare il discorso: se c’è un rapinatore c’è un rapinato, se c’è un *rubatore* c’è un *derubato*. Semplice! Cambia poco? No; cambia tutto: taglia la relazione tra il rapinatore e l’espropriato. Mentre se ci fosse un espropriato, questo starebbe in stretta relazione, solo che l’autore lo volesse, con l’espropriatore e non certo con il rapinatore. Uccide il rapinatore e piange sullo sventurato espropriato dopo averlo nascosto dietro il *derubato*. Attua un taglio continuo di relazioni. Perché le ignora? Cosa importa. Intanto deve costruirsi il suo discorso anche se questo si traduce in una più ampia condivisione del linguaggio col potere.

La “causa” nell’Anti-psichiatria

E taglia ancora. Instaura un rapporto di causa ed effetto tra la pistola e la paura. E chi potrebbe negarlo? Non è risaputo che ognuno di noi di fronte ad una pistola in fronte deve come minimo sentire paura? Per lui la paura del “*derubato*” dipende dalla pistola; dove la pistola è la causa della paura (*un effetto*) del *derubato*. A parte il fatto che chi si è appropriato, e l’appropriazione è e rimane un indebito furto, ha sempre paura non tanto del rapinatore o della sua pistola quanto della sua stessa indebita proprietà, taglia ogni relazione tra l’adrenalina in circolo, la pistola, la paura. Il suo considerare sulla paura è quello di chi sa di che cosa sta parlando, ma, mentre decide un rapporto deterministico tra la paura e la pistola, scarta, non si capisce in base a che cosa, il suo rapporto con l’adrenalina che non riesce a collocare in nessun posto, in nessun ruolo, in una foga deterministica al punto da squartare un complesso flusso relazionale ignorandone proprio la rela-

zionalità al fine di organizzare quelle già dette parole per un già fatto discorso. Tutto qui? Suggestisce pure un comportamento e una soluzione: se vogliamo togliere la paura al *derubato* dobbiamo togliere la pistola al rapinatore. E se la causa non fosse la pistola? Dovremmo allora eliminare il rapinatore.

Tutto qui?

Facce della stessa medaglia

Siamo di fronte ad una tipologia del discorso anti-psichiatrico che toglie la pistola al rapinatore lì dove la Psichiatria taglia l’adrenalina in circolo al rapinato. Siamo di fronte a due discorsi, faccia della stessa medaglia, quella di una logica di potere e quella di una relazionalità di potere, comune sia alla Psichiatria che all’Anti-psichiatria. Il fumetto del rapinatore e del *derubato* viene spiegato e vissuto attraverso la proposizione di una relazionalità di potere che scarta ed esclude una relazionalità empatica la quale si presenta in tutta la sua forza solo quando l’autore s’immedesima, vestendone i panni fino a dividerne la paura, con l’interesse, con l’utilità del *derubato*, dell’espropriato, del potere.

In questo tipo di discorso, dopo tutto, tra le tante scorrettezze, l’intervento dello Psichiatra rivolto all’adrenalina, sarebbe perfino il meno scorretto, in un’ottica sempre deterministica, mentre l’anti-psichiatra, intanto cambia le carte in tavola e incomincia a parlare di “*rapinato*” più che di “*espropriato*”, poi, come una forza poliziesca, interviene sul rapinatore che ha il torto di girare con una pistola, della quale lo priva, nascondendo così che l’espropriato non ha bisogno di vedere la pistola del rapinatore per avere paura; egli ha sempre paura perché sa che, fino a quando continuerà ad appropriarsi, anche *col sudore della propria fronte*, ci sarà dietro l’angolo sempre un rapinatore che vorrà e dovrà espropriarlo. Questo tipo di discorso, certamente anti-psichiatrico, così facendo però nasconde

che l'adrenalina in corpo corroderà sempre l'*espropriabile* anche prima ancora che arrivi la pistola del rapinatore. Tant'è vero che, per prevenire, s'è circondato da altre armi più potenti del giocattolo del rapinatore, dell'arma delle forze dell'ordine Psichiatria e Anti-psichiatria comprese.

La Psichiatria di oggi

Per pensare ad un punto di riferimento comune parleremo di "Psichiatria" guardando alla definizione che ne dà *L'enciclopedia libera*, Wikipedia ⁽²⁾.

«La psichiatria è la branca specialistica della medicina che si occupa della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei disturbi mentali, dal punto di vista teorico e pratico; è definibile come una "disciplina di sintesi" in quanto il mantenimento e il perseguimento della salute mentale, che è lo scopo fondamentale della psichiatria, viene ottenuto prendendo in considerazione diversi ambiti: medico-farmacologici, psicologici, sociologici, politici, giuridici.»

Non è un problema di Scienza

La Psichiatria è anche questo, ma non solo. Ha un suo statuto di scientificità? ⁽³⁾ Dipende. «Condizione indispensa-

bile dell'esistere di una scienza è la specificità del suo statuto epistemico, che costituisce al tempo stesso il principio di identità e quello di diversità della stessa singola scienza» ⁽⁴⁾.

La malattia? Dipende.

La stessa "malattia mentale" ha un suo statuto epistemologico di "malattia"? Dipende. ⁽⁵⁾ Dipende anche da chi

«L'intuizione basagliana – e dell'intero movimento contestativo – rispetto allo statuto scientifico della psichiatria, consistè nel denunciare l'errore basilare di Kraepelin il quale non si rese conto che quanto descrisse e classificò non riguardava processi patologici "naturali" ma gli effetti della segregazione dei pazienti dalla comunità umana, cioè da relazioni e scambi comunicativi che costituiscono la trama del nostro reciproco (anche se inevitabilmente conflittuale) riconoscimento e del nostro stesso sussistere come persone.» [http://www.lostraniero.net/agosto-settembre08/brutti.html]

«La psichiatria non può essere tutta compresa all'interno di un approccio descrittivo: la psichiatria, infatti, diversamente da altre specialità mediche, contiene un livello molto basso di tecnologia, e implica, proprio nel suo statuto scientifico, il rapporto interpersonale come strumento di intervento.» [http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt71-96.htm]

4) PRIVITERA S., Epistemologia bioetica, in LEONE S., PRIVITERA S., Dizionario di Bioetica, Acireale-Bologna 1994, 333; [http://www.avulss.org/convegni/2003%20convegni/Lignano%20Sabbia-ro/relazione%20introduttiva%20Giovanni%20del%20Missier.ppt#348,9,Statuto epistemologico della bioetica]

⁵⁾ «Della scienza incerta, ovvero dei paradigmi psicopatologici e della loro scientificità (...) Punto di partenza per uno studio su un possibile statuto epistemico da attribuire all'ignoranza in tema di malattia mentale è allora la verifica dello stato di incertezza della scienza psicopatologica, condotta in primo luogo attraverso la verifica della scientificità dei diversi modelli o paradigmi esplicativi della malattia mentale. A tal fine non posso che richiamare i risultati ai quali ero già pervenuta con l'aiuto della epistemologia, in particolare di quel settore di essa che ha indagato i fondamenti scientifici della psicopatologia. (...) In tal mondo si giustifica una "configurazione ermeneutica del sapere criminologico e psichiatrico-

²⁾ <http://it.wikipedia.org/wiki/Psichiatria>

³⁾ Lo statuto della Psichiatria è ed è stato da sempre fuor di scientificità. «Nel caso dello psichiatra la variabilità ambientale è appunto l'ambiente che muta, rappresentato dalle altre scienze, dalla Fisica, alla Neurobiologia, alla Sociologia, alla Psicologia; la variabilità specifica è legata alla debolezza dello statuto scientifico della Psichiatria. Ne consegue che lo psichiatra si trova in un continuo inseguire la sicurezza, mosso dalla debolezza, che egli presume, del proprio statuto, nel cercare di aderire al variare delle altre discipline del mondo circostante. (...) nella continua ricerca di superare le basi scientifiche che presume deboli adeguandosi alle variazioni delle basi scientifiche o culturali dell'ambiente circostante, sta la radice del cambiamento dello psichiatra.» [www.sopsi.it/italiano/rivista/2005/vol11-4/rossi.pdf]

ne parla. Infatti, per come s'è caratterizzata storicamente, nella Psichiatria viene inclusa la Psichiatria della nave dei folli, quella del Manicomio, quella dell'ospedale psichiatrico fino alla Psichiatria che arriva al 1978, con le lotte che porteranno alla legge "180" a partire dalla quale si incomincerà a parlare per la prima volta di "Tutela della Salute Mentale" e tutte le Psichiatrie ancora a venire. La "malattia mentale" cambia col cambiare delle Psichiatrie.

Psichiatrie integrate nel Dipartimento

Se questa è la Psichiatria istituzionale nella sua struttura Dipartimento, quando vogliamo riferirci ai suoi contenuti dobbiamo anche pensare ai vari modelli da cui si originano le varie e diverse Psichiatrie e che le rappresentano.

Tutte le varie Psichiatrie in Italia sono sopravvissute nel tempo e sono andate avanti in parallelo. Una è potuta emergere sull'altra per l'aspetto propagandistico ma nessuna Psichiatria è mai scomparsa. Così abbiamo che le Psichiatrie sono veramente numerose: l'etnopsichiatria, la Psichiatria fenomenologico-esistenziale (L. Binswanger, M.

forense", nel senso di "un approccio ermeneutico che tenga conto del linguaggio e delle prassi delle nostre attività". Ciò significa per gli psichiatri forensi la rinuncia alla ricerca di "uno statuto epistemologico della psichiatria (clinica e/o forense)" e cioè la rinuncia a "porsi irrisolvibili problemi di 'scientificità'" della disciplina e del ruolo dello psichiatra forense. La psichiatria forense finisce così con l'essere equiparata ad un "discorso ermeneutico che non ha referenza e la cui spiegazione filosofica" è autoreferenziale, mentre ogni ipotesi esplicativa viene fatta dipendere "dal peculiare modo di vedere e di costruire l'oggetto da parte del clinico". Insomma, allo psichiatra forense sarebbe preclusa "la possibilità di raggiungere una obbiettività (una scientificità) tale da essere riconosciuta e accettata da tutti e da indicare univocamente la strada da percorrere sul piano della sua attività che si rivolge interamente su di un piano (un contesto) sociale e politico"» [http://www.terragnijurista.com.ar/doctrina/bertoli_nol.htm]

Boss, E. Minkowski, M. Merleau-Ponty, R. Laing, J. P. Sartre, ecc.), la Psichiatria culturale, la Psichiatria scientifica ufficiale (con un paradigma biologistico, sociologico, psicologico), la Psichiatria italiana, la Psichiatria per i poveri e quella per i ricchi, la Psichiatria ortomolecolare, la Psichiatria biologica, la Psichiatria moderna, la Psichiatria antecedente agli anni Settanta, la Psichiatria antropofenomenologica, la Psichiatria psicologica o psicoterapia, la Psichiatria psicopatologica, la Psichiatria clinica, la Psichiatria tedesca, la Psichiatria britannica, la Psichiatria sociale, la Psichiatria marxista, la Psichiatria ad Heidelberg ⁽⁶⁾, la Psichiatria oggettivo-descrittiva, la Psichiatria transculturale, la Psichiatria di comunità, la nuova Psichiatria, la Psichiatria non-meramente-biologica, la Psichiatria Democratica, la Psichiatria accademica, la Psichiatria Medica, la Psichiatria coloniale, la Psichiatria tradizionale, la Psichiatria forense, la Psichiatria positivista, la Psichiatria consultivo-relazionale, la Psichiatria multietnica, Psichiatria fondata sulla soggettività, la Psichiatria alternativa, la Psichiatria integrata, la Psichiatria farmacologica, l'altra Psichiatria, la Psichiatria di matrice psicodinamica, la Psichiatria dell'interiorità, la Psichiatria teorica e filosofica, la Psichiatria encefaloiatrica, la Psichiatria descrittiva, fenomenologica, psicodinamica, la Psichiatria ermeneutica, la Psichiatria di Scientology ⁽⁷⁾ e, non ultima, la Psichiatria del DSM

⁶⁾ Nei primi anni '60 a Francoforte e Heidelberg si sviluppò un'altra tendenza fondata sul tentativo di incorporare nel contesto di riferimento della psicopatologia ciò che si sapeva circa le origini sociali della psicosi.

⁷⁾ Scientology è anti-psichiatrica dichiaratamente ma, non si direbbe, ha anche una sua Psichiatria. «DA UNA CHIESA ALL'ALTRA» Se la critica non è in una metodologia autogestoria, antiautoritaria e non si fornisce di strumenti propri e di una propria organizzazione autonoma è facile che conduca dritto dritto da una sacrestia all'altra, da una fede all'altra. È dal volume critico L'anti-libro nero della psicoanalisi che

(*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*).

Tanti psichiatri quanti Psichiatrie

Per quanto riguarda gli psichiatri si possono individuare sette specie di psichiatri: psichiatra narratore, psichiatra positivista-linneiano, psichiatra economico-positivista o positivista classico, psichiatra neopositivista, psichiatra tendenzialmente farmacologo o neurobiologo, psichiatra iperdiagnosta e psichiatra socio-organizzatore o dimissionario.

Psichiatrie integrate nel potere

Sono tante le Psichiatrie tutte sopravvissute e riciclantesi in vario titolo e modo e in varia quantità nell'attuale Dipartimento di Salute Mentale dove, con l'eccezione di qualche gruppo di operatori e di alcune strutture che con spirito di abnegazione riescono a rispettare la dignità della persona e della sua sofferenza, per il resto si integrano agevolmente, anche se qualche volta coattivamente, nella pratica dell'autoritarismo e della violenza del Dipartimento. Un discorso molto parziale quello che stiamo facendo; non analizza infatti di come le Aziende Sanitarie abbiano totalmente abbandonato i Dipartimenti. Parziale se non altro perché il rischio continua ad essere quello di tagliare il potere del Dipartimento, ma meglio della Medicina dipartimentale della Salute Mentale, dalla più ampia realtà del potere statale. Parziale anche perché, privo

L'Incompatibile trae un capitolo che ci viene ad avvertire del serio pericolo in cui, critici dell'istituzione psichiatrica, qualche volta passiamo da una religione all'altra da una chiesa all'altra. Basta leggere due libri che hanno valore di documento testimonianza come Il libro nero della psicoanalisi e l'altro, pubblicato subito dopo il primo e a questo in opposizione, L'anti-libro nero della psicoanalisi, per rendersene conto. Non sembrerebbe ma Scientology ha una sua Psichiatria.»

[<http://www.incompatibile.altervista.org/index.php/la-recensione.html>]

di un'analisi della realtà dei servizi del Dipartimento, carenza che rende ogni discorso anti-psichiatrico mancante di dati relativi ed essenziali sull'attualità del potere del Dipartimento.

Quale "Anti-"

Se "anti-" di *Anti-psichiatria* ha il senso dell'avversione, dell'antagonismo, della disposizione a contrastare e lottare la Psichiatria, non tutta l'Anti-psichiatria ha una modalità "anti" univoca e coerente di porsi nei confronti della Psichiatria; anzi spesso, sia nelle posizioni degli anni passati che nelle posizioni dell'attualità, ci troviamo di fronte ad una modalità equivoca tante volte quante sono le posizioni anti-psichiatriche che, di conseguenza, potrebbero dirsi non più "Anti-psichiatria" ma "Anti-psichiatrie". Questo ed altri sono i motivi che rendono il termine "Anti-psichiatria" non addicibile da solo e senza ulteriore qualificazione al "Progetto Contraria-Mente" in relazione al metodo, al progetto e alla prospettiva in cui questa si pone. Inutilizzabile anche per il motivo che se, più che di Psichiatria dobbiamo oggi parlare di Psichiatrie, più che di "Anti-psichiatria" dovremmo parlare di "Anti-psichiatrie" e più che di un generico "anti" di *cordata* dovremmo capire in quale "anti" vogliamo porre la nostra azione. Inutilizzabile anche perché manca l'oggetto principale dell'*Anti-psichiatria*, e cioè la Psichiatria manicomiale e l'Istituzione totale. Inutilizzabile per noi, se non come malabitudinaria stereotipia, in quanto, con la chiusura dei Manicomi, si chiude con l'Istituzione Psichiatrica e s'incomincia a parlare di istituzione di Servizi Territoriali per la Tutela della Salute Mentale fino all'attuale Dipartimento di Salute Mentale, di un'istituzione parte in pieno dell'istituzione medica e del Servizio Sanitario Nazionale. Coerentemente, se un "anti-" ci deve essere, si dovrebbe parlare di lotta *Anti-Tutela della Salute Mentale* non certo di *Anti-psichiatria*. Se non altro

perché la violenza post “180” è proprio nelle strutture del Dipartimento e nelle case dei sofferenti e non certo dentro il Manicomio, ultima struttura dell’ultima Psichiatria. Che poi, all’interno della nuova istituzione (*nuova perché, se non la logica, cambia legislazione, cambia strutturazione, cambia la pratica*) trova abbondante possibilità di riciclarsi la Psichiatria di sempre è un altro paio di maniche... troppo stretto per potervi adeguare una lotta con le caratteristiche dell’Anti-psichiatria fin’ora conosciuta.

Contro ogni relazione di potere

Solo occasionalmente la nostra critica si rivolge alla Psichiatria di sempre come alle attuali Psichiatriche integrate nel Dipartimento: la relazione di potere e di dominio riguarda un modello relazionale che si ripropone a tutti i livelli dello Stato, del Capitale e dell’Economia come si ripropone all’interno del Dipartimento quale struttura dello Stato. In tal senso guardiamo alla relazione di potere in generale, nello specifico guardiamo alla relazione di potere su cui si fonda lo stesso Dipartimento senza però separare o escludere il nostro sguardo, le nostre lotte dal più ampio flusso di lotta degli esclusi.

Quello che oggi succede nel Dipartimento non succede perché la Psichiatria di sempre con esso ha cambiato nome anche se vi si è abbondantemente riciclata. Lo “anti-” a cui pensiamo noi oggi, non ci interessa come “anti-” di una Psichiatria che non c’è più né ci interessa come un “anti-” di chi dice: *la vera Psichiatria siamo noi*, nei confronti di una classe di psichiatri che, proprio per la logica molto spesso lontana da ogni cura e ogni terapia, funziona da vera Anti-psichiatria. Non ci interessa come un’Anti-psichiatria da partito preso fino al punto che “anti-” rimane, come retorica di un ricordo, anche quando l’istituzione Psichiatria non c’è più, almeno in Italia. Non ci si confà anche perché lo “anti-” a cui pensiamo non è legato

prima di tutto alla questione del dualismo “malattia/non-malattia” ma è una contrapposizione in relazione essenzialmente ad una caratteristica primaria sia della vecchia Istituzione Psichiatria che della nuova Istituzione del Dipartimento come di molti settori dell’anti-psichiatria stessa: *l’autoritarismo, la delega, la subalternità, la gerarchia, la riduzione della salute e della vita all’Economia*; per abbreviare in relazione a tutto ciò che chiameremo *promozione e pratica della relazione di potere*. Questo tipo di relazione è quello che ha caratterizzato il peggiore e il migliore dei manicomi, è quello che caratterizza oggi il peggiore e il migliore dei Dipartimenti; che caratterizzava lo psichiatra dell’inizio dell’Ottocento come il medico specializzato in Psichiatria della medicina di oggi pur con le dovute eccezioni.

Psichiatriche integrate nell’autoritarismo del Dipartimento

Componenti diverse della Psichiatria hanno avuto comportamenti e prodotto critiche diverse contro la stessa Psichiatria (*basti pensare allo stesso Basaglia o allo stesso Szasz*), fino al punto che hanno partecipato di uno smembramento della Psichiatria in Psichiatriche diverse che si sono ricongiunte nell’istituzione statale del Dipartimento. Non ci si addice il termine “Anti-psichiatria” anche per non fare confusione con tanti *ottimi* anti-psichiatri che hanno prodotto, e non si direbbe, anche *ottima* Psichiatria. D’altra parte una tale confusione se può servire a chi pensa di avere capito, contrariamente agli psichiatri, che cos’è o che cosa non è la “malattia o non-malattia mentale” a noi non serve in quanto, senza mezzi termini, non abbiamo capito né che cos’è né che cosa non è; mentre dell’individuo vogliamo continuare a cercare quel *qualcosa che ha* oltre il niente che ha. A tal proposito a noi non si confà nemmeno lo “Anti” della cosiddetta Non-psichiatria.

Manicomio e Dipartimento stesso autoritarismo

Le lotte anti-psichiatriche hanno portato alla “180” ma anche al nuovo autoritarismo del Dipartimento. A queste lotte hanno partecipato anche settori della Psichiatria, come settori dell’Anti-psichiatria più o meno radicali. Il Dipartimento, non più Psichiatria, è un prodotto dell’Anti-psichiatria all’interno della quale s’è riciclata la Psichiatria di sempre. Se lo vogliamo dire in altri termini anche la Psichiatria s’è riciclata all’interno dell’Anti-psichiatria e viceversa. Collateralmente al Dipartimento rimangono frange di lotta diversamente critiche del Dipartimento di Salute Mentale, dei residui di Psichiatria ma anche della stessa Anti-psichiatria. Per non dire poi che una forte opposizione all’Istituzione Dipartimento è stata ed è portata avanti da chi, orfano o vedovo della Psichiatria manicomiale, non si è mai rassegnato all’innovazione della legge “180” vedendo nel Dipartimento una Psichiatria non condivisibile e il tradimento della vera Psichiatria, quella manicomiale. Un’Anti-psichiatria veramente radicale. Lo stesso Tobino non era un anti-psichiatra? «*Tobino criticava i nuovi psichiatri per aver fatto zittito e cancellato la follia, impedendole, con gli psicofarmaci, di esprimersi in tutta la sua realtà.*»⁽⁸⁾ Si può essere più anti-psichiatrici di così?

La stessa “180”, che porta la sua nozione e la sua pratica del territorio come forza anti-istituzionale e anti-manicomiale, è anti-psichiatrica: ha liquidato l’anacronistico assetto della Psichiatria manicomiale.

L’Anti-psichiatria dei nostalgici

Così anche i nostalgici della Psichiatria manicomiale sono anti-psichiatri

⁸⁾ DIZIONARIO ANTIPSICHIATRICO - esplorazioni e viaggi attraverso la follia <http://isole.ecn.org/antipsichiatria/libri/dizionario/dizionario1.htm>

nei confronti della Psichiatria che si esprime nella Salute Mentale del Dipartimento. Anche loro sono Anti-psichiatria. Quando parliamo allora di *Anti-psichiatria*, di quale “anti-” parliamo? Fino al punto che c’è poi chi, non riuscendo ad interrompere la fedeltà al termine, come una marca famosa di caffè, dichiara la propria “*Anti-psichiatria*” andandola a ricercare in un’accezione al prefisso “anti-” che era mancata in tutte le Anti-psichiatriche.

Chi può arrivare prima della Psichiatria

Per questi, “anti-” è quello di chi si propone di arrivare prima della Psichiatria. In verità una bella sfida contro la Psichiatria stessa. Intanto c’è da chiedersi, e se lo saranno sicuramente chiesto: *chi può arrivare prima, dove arriva e perché?* Poi credo che per potere arrivare prima dell’Istituzione Psichiatrica occorra essere sempre in una logica Istituzionale ma sicuramente con più potere della stessa Psichiatria. Lo auguriamo a questi anti-psichiatri ma a noi non si addice nemmeno questo “anti-”.

Una triplice lotta

Rimane ancora quella enorme massa di individui, più o meno organizzata, che ha avuto o ha tutt’ora rapporti con il Dipartimento dal quale si è sentita o si sente danneggiata, vuoi che si tratti di “*utenti*”, di “*clienti*”, di “*pazienti*”, di “*pazzini*”, di “*ex-pazzini*”, di lavoratori o operatori vari. Di questa massa, i “*pazienti*”, più o meno ex, si trovano a portare avanti una triplice lotta: quella della sopravvivenza alla società, quella della sopravvivenza alla propria condizione di Disagio Relazionale, quella della sopravvivenza al Dipartimento che, incapace di garantire la promessa cura, garantisce raffinata e democratica sopraffazione e umiliazione.

La centralità dell’individuo

Rimane inequivocabilmente chiaro che al centro dell’attenzione di ogni

discorso teorico psichiatrico, trans-psichiatrico, meta-psichiatrico, non-psichiatrico ci sia e vi rimanga l'individuo e la sua più che misteriosa sofferenza anche quando questa sia stata raggiunta dal bacio mortale della scienza medica.

I pericoli della delega

Ogni punto di vista sul Disagio Relazionale è portatore di una sua teoria, più o meno esplicita, di un suo modello di riferimento, di metodi, di tecniche aventi tutti un valore strumentale: tutti hanno la pretesa di proporsi come possibilità di risoluzione di problematiche relazionali individuali. Ogni discorso si pone tra l'individuo ed il resto della società potendo ricevere o meno una delega di intermediazione. Ricevuta questa delega, come nel caso della Psichiatria, ogni discorso si è caratterizzato per il suo porsi, nei confronti dell'individuo, in modo più o meno autoritario. Qualche volta ha difeso l'individuo dalla società, qualche altra ha difeso la società dall'individuo. Ogni discorso sulla condizione di Disagio Relazione esprime un suo desiderio di modificare in positivo quella relazionalità appesantitasi salvo poi a tradursi nella maggior parte dei casi nella violenza istituzionale di sempre. Ogni pratica di violenza è segno del come ogni azione "anti-" abbia con il potere un linguaggio in comune del quale, pur volendo, non riesce mai totalmente a fare a meno.

Ogni approccio è una promessa

Sulla condizione del Disagio Relazionale (*stiamo parlando sempre dell'individuo, ma in una sua particolare situazione e condizione*) da millenni si sono stratificati discorsi diversi, pensieri diversi, approcci diversi. Ogni approccio s'è proposto la risoluzione del problema dell'individuo. Ogni approccio, paradossalmente in relazione con le sue promesse, spesso ha prodotto più massacro che sollievo, relazione di potere più che rela-

zione empatica, controllo sociale più che cura e assistenza. Il Manicomio è stato fonte di enorme sofferenza ma anche nel Manicomio qualche volta si guariva. Forse quando l'istituzione riusciva a pesare di meno o quando qualcuno riusciva a non rimanere totalmente ingabbiato. La lotta contro la Psichiatria ha prodotto la chiusura del Manicomio ma anche un nuovo e diverso incatenamento dell'individuo traducendolo da una metodologia istituzionale all'altra. Fino a rinchiuderlo nel Dipartimento dove, oltre le situazioni di violenza inaudita, si riesce qualche volta anche a guarire; lì dove l'individuo riesce a *scansare* al massimo l'istituzione.

Nessuno, nemmeno nell'Anti-psichiatria, possiede un'isola per un approccio libertario, autogestionario, antiautoritario, autonomo. Per ora è solo la lotta che si può permettere un approccio libertario e autogestionario a partire da un progetto d'abbandono del linguaggio del potere.

Anche l'ignoranza è strumento di potere

Nei confronti della nostra anonima sofferenza la nostra maggiore responsabilità non consiste tanto nel non essere stati in grado di trovare la soluzione giusta, nel non aver trovato la medicina giusta, nell'utilizzare una sostanza che magari non guarisce ma può aiutare a superare il dolore. La morfina non guarisce dal cancro, ma nessuno si sognerebbe di non prescrivere e non somministrare la morfina all'ammalato di cancro. Se questa allevia il dolore è già un aiuto in una valle di lacrime. E le situazioni di Disagio Relazionale spesso sono più che sofferenza tumorale, per le persone più coinvolte, per i famigliari, per gli amici. La nostra maggiore responsabilità consiste nell'aver aggiunto sofferenza a sofferenza quando ci siamo chiamati, perché così abbiamo scelto, ad alleviare in qualche modo la nostra sofferenza. Consiste nell'aver promosso relazione di potere al-

la relazione empatica. Il discorso ha prodotto, da punti di vista diversi, più relazione di potere che relazione empatica, autoritarismo più che antiautoritarismo, istituzione e delega più che autogestione, gerarchia e subalternità più che autonomia; dittatura che oggi veste i panni della democrazia più che autentica libertà ed emancipazione. Ogni individuo è capace di relazione di dominio e di relazione empatica; il predominio dell'una sull'altra dipende dalla cornice in cui egli si trova a vivere e questa dipende dai metodi di vita che sceglie. La cornice istituzionale, indipendentemente dalle tecniche e dalle pratiche è prima di tutto autoritaria.

C'è sempre una questione di metodo

In una dimensione istituzionale, la relazione che un medico psichiatra sceglie quando si pone in una prospettiva risolutiva di una condizione di Disagio Relazionale, facesse pure riferimento al sapere psichiatrico, non dipende tanto da quanto ne sa sulla ipotizzata malattia quanto dal fatto di aver venduto le sue potenzialità e tutto se stesso all'Istituzione che non ha spazio per le inutilità della relazione empatica mentre riesce e sceglie di promuovere solo ed esclusivamente relazione di potere, sia nei rapporti lavorativi che nei rapporti con i "pazienti". Quest'ultima si esprime in ignoranza, in demotivazione, in miseria, in complicità, in burocrazia, in gerarchia, in subalternità, in Economia, in autoritarismo, in mancanza di formazione, in esclusione degli operatori incompatibili con l'autoritarismo istituzionale, come dei pazienti, in burn-out, nella cattiva abitudine ad attribuire gli effetti dell'istituzione alla stessa mai trovata malattia, in una mortale relazione di potere tra gli operatori e tra questi e gli "utenti", in una nuova cronicità addebitabile sempre alla malattia, nella contraddizione tra il promettere perfino dignitosi e puntuali interventi d'aiuto e assistenza e

nell'effettivo garantire abbandono, esclusione, violenza, TSO, contenzione, camicia di forza chimica e sociale, catene relazionali, dipendenza e si esprime pure nel potere fare tutto ciò con la benedizione della Scienza Medica. Alla stessa condizione viene ridotto quel medico psichiatra che, rifiutandone i metodi e la logica rifiuta di farsi istituzione, vuole mantenere con questa solo ed esclusivamente un rapporto di lavoro a cui è costretto. Stiamo parlando di un metodo istituzionale che, relativamente a quanto stiamo dicendo, funziona in una logica da giostra salendo sulla quale si finisce, per tutti, di girare come la giostra ha stabilito.

Il pericolo delle nostre relazioni di potere

Molti di coloro che ci siamo sentiti offesi, umiliati nella dignità, violentati, feriti una volta dalla Psichiatria, in seguito dal Dipartimento, nel nostro dire e nel nostro fare spesso produciamo più relazioni di potere del peggiore degli psichiatri. Io ho scelto di non fare lo psichiatra, mi auguro che tanti altri non facciano la scelta psichiatra, ma mi relazionano allo psichiatra che, facendo riferimento allo stato delle conoscenze attuali, lotta l'Istituzione psichiatrica quale istituzione di potere e promuove la relazione empatica alla relazione di potere da qualsiasi punto si possa trovare a farlo, lo facesse pure dalla giostra istituzionale in controsenso. Come non è criminalizzando gli "incompatibili" non è demonizzando lo psichiatra o lo psicofarmaco che ci si può porre in una prospettiva di critica radicale contro la relazione di potere.

Una cosa è la critica, anche distruttiva, altra cosa è la criminalizzazione ideologica. Se la criminalizzazione avesse una qualità distruttiva niente di questa società troverei salvabile. Sento che c'è niente che possa essere conservato e salvato dalla distruzione. È per questo motivo che, come ogni "schizofrenico" di buona qualità, delle cose inutili seleziono

e conservo ancora le più inutili. Ma la critica in senso distruttivo è cosa diversa dalla criminalizzazione o dalla demonizzazione, metodi che non ci appartengono.

Dipartimento come Manicomio

Ogni discorso che ha avuto per oggetto la condizione di Disagio Relazionale, quando istituzionalizzato, ha prodotto, da punti di vista diversi, relazioni di dominio più che relazioni empatiche, di solidarietà e di cura.

Alice Banfi insegna, a me che ho la sofferenza quale unico docente, attraverso la sua percorsa esperienza dipartimentale, cosa può fare star bene le persone, quale relazione empatica; ma ci insegna anche quali sono le relazioni di potere e di violenza da evitare in quanto mortali ma comunque prodotte e garantite dall'istituzione Dipartimento.

Una lotta contro l'autoritarismo del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che non consideri, fino ad ignorare, i bisogni, le esigenze, le aspirazioni, le condizioni delle persone in situazione di Di.Re., che ignori la conoscenza del DSM fino ad ignorarne l'iconografia attuale, diventa improbabile oltre che ideologica. Sapere in che cosa consiste la situazione del Di.Re. non è nella finalità né nella prospettiva di un progetto alternativo a quello della Psichiatria o del Dipartimento, ma è una consapevolezza necessaria ad orientare la lotta stessa oltre che il tentativo per una relazione di solidarietà concreta. Che lotta può essere quella di chi è contro la fame nel mondo senza avere la più pallida idea di che cosa sia la fame?

Un punto di vista trans-psichiatrico

Il punto di vista trans-psichiatrico vuole considerare i due diversi aspetti; si propone di imparare a lottare e attaccare le relazioni di potere e tutti i suoi strumenti e promuovere la relazione empatica e tutti gli strumenti che la sostengono. In tal senso non prende parte di nessuno de-

gli schieramenti attualmente in campo anche se si relaziona con la base di ogni schieramento. Si inserisce ed è parte di un più ampio e complesso flusso relazionale che ha come oggetto d'attenzione privilegiato la condizione di Disagio Relazionale che normalmente cade sotto le attenzioni del Dipartimento; di questo attacca gli aspetti e le pratiche di potere mentre promuove le solo occasionali pratiche e le azioni della relazione empatica che si muovono nella prospettiva di una metodologia autonoma, antiautoritaria, autogestionaria e da subito in una metodologia empatica.

Ignorando la situazione del Disagio Relazionale e con essa l'individuo e i suoi bisogni non è possibile alcuna lotta anti-psichiatrica.

Psichiatria cieca

Più la Psichiatria guarda altrove più diventa cieca. La conoscenza relativa alla condizione di Disagio Relazionale è quella degli infiniti aspetti dell'animale uomo, quindi dell'individuo. Il bisogno di controllo sul sapere ha voluto da essi tutti selezionare una parte confinandola, rinchiodandola e ingabbiandola nella medicina psichiatrica. Questa selezione non è stata sufficiente al proposito che la Medicina poneva a se stessa: trovare la malattia. Non è stata trovata la "malattia mentale" mentre sono state trovate tutte le malattie presenti nel DSM (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*) anche se malattie non vengono chiamate.

Il Disagio Relazionale nella sua situazione tuttavia è stato trattato essenzialmente come di competenza medica... come se realmente la Medicina avesse trovato la malattia. Tale comportamento, caratterizzato essenzialmente per un suo essere di potere, al di là di ogni promessa di cura e terapia, ha privato la conoscenza di un'enorme quantità e qualità di sapere restringendo l'interesse al sapere medico. La stessa Psichiatria, se nel tempo ha sa-

puto guardare in cerca di uno statuto scientifico, sempre più in direzioni diverse, nell'istituzione Dipartimento lascia predominare la medicalizzazione del disagio incapace di uno sguardo e di un'azione olistica nei confronti dell'individuo. Credo che in tal modo, pur all'interno di una metodologia scelta, si compia tutt'ora un grosso errore metodologico che, più che mettere in discussione, viene difeso a spada tratta: la Psichiatria diventa la scienza ufficiale, la scienza di Stato con delega di occuparsi di persone con Disagio Relazionale non separatamente dalla strutturazione che quella sua funzione consente, il Dipartimento. Come per il manicomio anche nel Dipartimento ogni sapere acquisisce la forza di strumento di una relazione di potere e di violenza.

Aprire varchi in affinità

Un punto di vista transpsichiatrico si propone l'accesso ad una lotta che prenda in considerazione ogni forma di sapere e di conoscenza, compresa quella della Medicina, che possa divenire strumento d'emancipazione in una metodologia empatica, autogestionaria, autonoma, antiautoritaria. Guarda quindi ad un sapere che abbia la qualità per aiutare la persona a stare bene, a stare meglio, ad emanciparsi nella libertà e nella salute e ad un'azione che deve avere delle qualità necessarie sia a lottare il potere esterno che a prevenire il suo stesso sempre possibile viraggio verso una relazione di potere; quindi ad un'azione benefica, curativa, terapeutica, assistenziale, guaritativa, lenitiva che si sviluppi in una cornice di lotta che abbia le qualità dell'autogestione, dell'autonomia, dell'antiautoritarismo. In relazione alla Psichiatria per come l'abbiamo storicamente conosciuta, l'azione transpsichiatrica se vuole afferire al più ampio sapere, mira anche alla libertà dell'individuo (*anche alla libertà dalla sofferenza*), in una metodologia che, at-

taccando le forme di potere e di oppressione di tutte le Psichiatrie, sia comunque espressa da una posizione "Anti-". Questa sceglie di relazionarsi con ogni situazione che si pone contro anche a partire da un'affinità di metodo. Chiunque sia contro l'istituzione Dipartimento si può relazionare con noi a condizione che si riconosca affine con il nostro metodo di lotta.

Un'azione oltre

La mia esperienza mi fa temere le proposte di azione oltre che abbiano come prima riconosciuta qualità quella dell'ignorare il già dato e del progettare un percorso collaterale, socialdemocratico, nell'illusione di un superamento che lascia consistere e sussistere il potere costituito. È solo l'azione distruttiva a potersi pregiare e fregiare dell'idea e della speranza e della qualità dell'oltre e dell'altrove.

In tal modo stiamo parlando di un'azione che va oltre le Psichiatrie, oltre le Anti-psichiatrie non per gli aspetti di sapere che questi possono rappresentare quanto per gli aspetti di potere che questi agiscono.

Non si tratta di assumere l'ideologia della malattia o della non malattia, rispetto alla quale prendiamo atto di quello che è il sapere attuale, come per tutte le altre branche della Medicina ma anche del sapere in generale, si tratta di utilizzare un sapere, qualunque sia, in relazione ad un problema e al nostro bisogno di affrontarlo, all'interno di una metodologia libertaria. Non si tratta di criticare l'utilizzo da parte dell'individuo di sostanze psicoattive, nei confronti delle quali rimane nella sua libertà di scelta, cosa diversa dallo spacciare lo psicofarmaco come risolutivo della sofferenza, cosa diversa del mito della gioia chimica. Non si tratta di criticare chi, non trovando alternative né vie migliori, si rivolge alla medicina psichiatrica (*a parte che qualsiasi medico può prescrivere psicofarmaci come un altro farmaco qualsiasi*), ma

si tratta di capire come organizzarsi e quali azioni condurre contro la forte valenza repressiva dell'istituzione. Non si tratta di criticare le Psichiatrie per partito preso, ma di criticare e attaccare le Psichiatrie lì dove più che al servizio della salute dell'individuo si pongono al servizio del potere, dell'Economia, dello Stato, degli affaristi delle case farmaceutiche. In ciò il Dipartimento non opera in una logica diversa da quella delle altre istituzioni dello Stato.

Da malati di niente a finalmente malati

Rimanendo intrappolati nel dilemma “malattia/non-malattia” si perviene a conclusioni che fanno rientrare dalla porta quella “malattia” che s'era scacciata dalla finestra come fa Bucalo in “*Mitologie Antipsichiatriche*”⁹⁾.

«*Ci sono malattie mentali? Ci sono persone che ne soffrono? È lecito intervenire sul loro cervello e nella loro vita senza esserne richiesti?*»

Se «*L'esistenza della malattia mentale non è un fatto ma un'opinione*», come si sostiene nel Dizionario, è conseguenziale che alla domanda: «*Ci sono malattie mentali?*» si risponda: «No!». Per ciò non ci possono essere nemmeno persone che ne soffrono. Senza trucco senza inganno. Solo nella logica del discorso di Bucalo. È chiaro che, sempre per logica conseguenza, non esistendo malattie mentali, non è lecito intervenire, in nessun caso, in senso medico sul cervello delle persone e nella loro vita. Tale non liceità cambia segno, diviene cioè liceità, quando ci sia una richiesta. In altre parole, se la persona lo richiede, da parte del medico psichiatra diventa lecito un intervento medico sul proprio cervello e sulla propria vita. Ancora una volta, non

è questione di “malattia/non-malattia”: per l'Anti-psichiatria, lo psichiatra può intervenire sul cervello e sulla vita di una persona non in relazione alla presenza di una diagnosticata malattia (*che non esistendo non può essere diagnosticata*) ma in relazione al fatto che ci sia una richiesta da parte della persona. Se lo psichiatra è medico il cui intervento, il cui trattamento è giustificato dalla presenza di una diagnosticata malattia, dove non c'è una malattia mentale in quanto non esiste, o dove questa non sia stata diagnosticata, lo psichiatra non avrebbe nessun potere né autorizzazione al trattamento né sul cervello né sulla vita di una persona nonostante la richiesta di tale trattamento. Riusciamo ad immaginare un chirurgo che, in seguito alla richiesta di trattamento di un paziente, intervenga chirurgicamente sul suo polmone asportandolo indipendentemente da una diagnosticata patologia? Veramente io lo immagino, perché è quello che è avvenuto, solo ed esclusivamente per una questione di utilità, nella sanità lombarda, ma non per questo quei chirurghi possono dirsi autorizzati. Quella “malattia mentale” dall'impossibile esistenza, magicamente sussiste in seguito alla richiesta di intervento psichiatrico da parte di un “paziente”. L'intervento, il trattamento psichiatrico è possibile sul cervello e sulla vita delle persone, basta solo che queste ne facciano richiesta, indipendentemente da una diagnosticata “malattia mentale”. Lo psichiatra su che cosa interverrà in assenza di una malattia? Su quale patologia? Non sarà, il suo, un intervento di esclusivo controllo sociale, su una persona non perché malata ma solo perché ha richiesto esclusivamente un intervento medico, condotto con il beneplacito del pensiero anti-psichiatrico? Quella del controllo sociale da parte della Psichiatria, non è una denuncia dell'Anti-psichiatria che giustifica però, *solo perché in seguito ad una richiesta*, un controllo sulla persona camuffato da intervento psichiatrico sul cervello e sulla vita

⁹⁾ “*Mitologie Antipsichiatriche*”, in DIZIONARIO ANTIPSICHIATRICO - *Esplorazioni e viaggi attraverso la follia* <http://isole.ecn.org/antipsichiatra/libri/dizionario/dizionario1.htm>

della persona stessa anche se *malata di niente*?

Dare occhi all'azione

Non sempre ci chiediamo di che cosa stiamo parlando. Quando ce lo chiediamo non sempre sappiamo di che cosa. Dove non c'è una malattia o dove si è *malati di niente* ugualmente ci chiediamo di che stiamo parlando alla ricerca di quel qualcosa oltre al niente che abbiamo.

Per quanto riguarda la conoscenza specifica chiunque voglia capire il fenomeno della tubercolosi (*la considerasse malattia o meno*) andrà a studiarla che cosa stanno dicendo tutti coloro che hanno in studio il fenomeno.

«*Fenomeni di autocombustione nelle abitazioni che hanno interessato Canneto, una frazione marittima del comune in provincia di Messina (Italia).*» A Canneto di Caronia, in provincia di Messina, vicino a Santo Stefano di Camastra, in Sicilia, bruciano, apparentemente senza un motivo, le case della gente e le loro suppellettili e oggetti vari prendono a fuoco. Chiunque voglia capirci qualcosa del fenomeno deve andare a studiarla cosa gli studiosi che hanno osservato il fenomeno hanno detto e stanno dicendo. Non è detto per questo che troveranno la via per venire a capo del mistero.

In ogni caso relativamente alla situazione e condizione del Di.Re. c'è ormai una inflazionata quantità di sapere; anche se certi studi non li fa nemmeno chi è profumatamente pagato per farli. Ma questa è altra storia non traducibile nella impossibilità di mettersi in grado di sapere cosa si sta dicendo sulla "*malattia mentale*", o oltre la stessa, al fine di andare ad incontrare la persona in *quel qualcosa che ha oltre il niente che ha*, promuovendo una relazionalità empatica ad una relazionalità di potere.

L'azione trans-psichiatrica

Quello che un'azione trans-psichiatrica si propone non può essere

mai il dire: *ora glielo diciamo noi alla Psichiatria come si fa a curare la gente dalla follia*. La nostra azione mira alla denuncia di quanto il Dipartimento promette e non garantisce, alla difesa di chi, rivoltosi al Dipartimento, o finitovi in modo coatto, più che cura e terapia riceve repressione e danno su danno, alla promozione di quei saperi che relativamente alla *condizione* di Disagio Relazionale si sono accumulati e sono utilizzabili in senso emancipativo dall'individuo. Mira ad un'azione di attacco di chi si fa responsabile non tanto di non aver capito cos'è la cosiddetta *malattia mentale* quanto di aver trasformato una promessa d'aiuto in una garanzia di repressione e morte.

Il punto di vista trans-psichiatrico e la sua azione, indubbiamente anti-psichiatriche in quanto prima di tutto contro ogni forma e ogni relazione di potere, comprese quelle di tutte le Psichiatrie integrate nel Dipartimento, ponendo delle discriminanti di metodo e progetto rispetto a tutti gli "Anti-" di tutte le Anti-psichiatrie, pongono le basi per una Trans-psichiatria che si pone quale superamento sia della Psichiatria che dell'Anti-psichiatria. Né con la Psichiatria né con l'Anti-psichiatria né con la Non-psichiatria mentre ci relazioniamo con gruppi e individualità sulla base di affinità di metodo e progetto.

Tutto qui?

(Sett. 2008)