

# DA MALATI MENTALI A NON OMOLOGATI

*Dal pregiudizio psichiatrico alla nuova religione democratica del pregiudizio anti-psichiatrico. Una critica trans-psichiatrica.*

di

*Gaetano Bonanno*

A Marzo 2009 è uscito, per le edizioni Nautilus, un opuscolo di Maria Rosaria D'Oronzo e Paola Minelli, "*Sorvegliato mentale – Effetti collaterali degli psicofarmaci – Manuale d'uso*".

Il Nocopyright del libro, rispettando la tradizione Nautilus, ci viene già a raccontare di come un'immediata manifestazione della filosofia e della pratica delle Utilità è quella di rendere anche il libero pensiero desiderio e oggetto di proprietà attraverso l'istituzione della proprietà intellettuale quindi attraverso il riconoscimento di proprietari del pensiero e dell'idea. La possibilità di accesso a tale proprietà è consentita solo a chi riconosce altri elementi, altri codici delle Utilità. È necessario un codice d'accesso alla proprietà intellettuale, un numero, un riconoscimento, una tessera, un marchio. Come per ogni proprietà. E siamo già in una condizione di pieno e totale controllo.

È poco educato augurare un buon pranzo specie quando non c'è certezza di poterne godere. A tavola poniamo il pranzo che possiamo ma dobbiamo augurarci allora un buon appetito; che insomma ne possiamo godere in buona salute. Di idee, di pensiero, di intelletto mettiamo a tavola quello che possiamo e quello di cui ognuno di noi può godere. L'augurio è che il pensiero, misero per quanto sia, l'idea siano liberi e non sottoponibili all'arbitrio della mostruosità della proprietà. D'altra parte, pur se fuori moda, è consapevolezza ormai antica che la pratica

della proprietà in nessun modo è coniugabile con quella di libertà. La malabitudine al copyright, uno dei malcostumi e degli effetti deleteri più immediati delle Utilità, ci introduce all'utilizzo della sostanza, psicofarmaco compreso, con un'analogia.

La qualità dell'idea, del pensiero e dell'intelletto è quella che riesce ad essere per ognuno di noi e quella che ognuno di noi è riuscito pur non conclusivamente a conquistare. Un punto di vista, una finestra sul mondo alla pari di tante altre, che gli individui offrono quale occasione da cui guardare il mondo da un'angolazione differente dalla propria senza il doversi sentire vincolati a verità da osannare. Guardando dalla finestra del vicino riesco anche meglio a vedere dalla mia. Lo stesso pensiero, la cosiddetta produzione intellettuale, se all'interno di una relazionalità autoritaria e delle Utilità, funziona in modo autoritario, proprio da proprietà intellettuale protetta con copyright; se all'interno di una relazionalità non autoritaria, come nella relazionalità empatica e delle inutilità, funziona come libero pensiero senza divieto d'accesso e in nocopyright.

Non tutte le analogie sono possibili, e se non altro, funzionali a quanto vorremmo meglio comprendere. Questa, che le stesse autrici vengono a suggerirci con il loro nocopyright, cade a punto giusto per meglio farci comprendere di come anche una sostanza, e non ultimo uno psicofarmaco, funzioni diversamente a seconda della pratica di relazionalità in cui si trova inserita.

È importante la critica che le autrici hanno rivolto allo psicofarmaco, specie in una comune consapevolezza che, nella stragrande maggioranza dei casi, in Psichiatria prima, in Salute Mentale dopo, lo psicofarmaco è stato ed è utilizzato all'interno di meccanismi e di relazionalità autoritarie. Da qua a far sì che la critica possa funzionare da mezzo adeguato ai fini che vogliamo raggiungere strada ne corre. Se la critica non è nel suo orientarsi e agire distruttiva e non si pone in una prospettiva distruttiva di quanto dell'esistente riteniamo mortale e apportatore di sofferenza rischia di rimanere balbettio mal recitato di quanto altri, psichiatri compresi, sono riusciti già da tempo a dire meglio di quanto non sappiamo fare noi senza con questo essere riusciti a darsi i mezzi per promuovere le loro dichiarazioni in senso emancipativo. Non sarà facile tra le mistificazioni psichiatriche e le confusioni, le ideologie, i romanticismi anti-psichiatrici. Non sarà impossibile ma uno sforzo in tal senso è quanto si richiede a tutti coloro che, pur dal proprio punto di vista, non hanno perso la motivazione né la gioia per una lotta d'emancipazione dell'individuo da ogni forma di relazionalità di potere. C'è un pregiudizio psichiatrico nei confronti del quale è sempre opportuno un attacco critico. C'è un pregiudizio anti-psichiatrico nei confronti del quale non riteniamo di dover cu-

stodire riserve di critica. Per gli imbecilli abituati a tradurre una critica contro l'anti-psichiatria in sintomo di immediata difesa della Psichiatria o della Salute Mentale non abbiamo farmaco. Rimangono perfettamente speculari alla Istituzione del Male Mentale né, per mancanza d'affinità di metodo, possiamo ritrovare nostri compagni di lotta. Per chi è disposto a raccogliere ogni bava del primo folle qualsiasi in una sperticata apologia della follia fino a farne oggetto di acritica venerazione giustificata da chissà quali particolari doni della follia, non siamo disposti a sprecare una sola sillaba.

### *Ouverture e allucinatoria*

Una casa grande dove in silenzio s'aggira il fantasma. Non certo uno qualsiasi. Stanze enormi popolano il veloce galoppo dei pensieri cari alla razionalità. La proposta e la conclusione erano alla porta prima che bussassimo. Consensuale conclusione. Questa era l'apparenza. Nebbia tagliata a fette. Tutto e ogni cosa veniva a noi sintomo di follia. Magica e inaspettata complicità che solo qualche giorno prima avrebbe suscitato vomito e budella attorcigliate. Tra noi sguardi di complicità s'incrociavano, silente comunicazione. Odore di pesce fritto, odore di umida sterpaglia bruciata anche la follia si annunciava con una sua forza. Il lezzo. Se volevo che parlasse ancora per dire tutto quello che, nella convinzione di stare dicendo la stessa cosa, voleva e concludeva, dovevo acconsentire a quella lettura, a quella interpretazione. Aperto verso quella conclusione aprioristica lasciandola vivere scientifica. Dopotutto c'era una storia che parlava. In quel momento ogni opposizione sarebbe stata solo inibitoria di quanto l'universo per sua bontà stava venendo a raccontarmi senza che io nemmeno l'avessi richiesto. Non riempiranno pancia ma quelle delle inutilità sono i doni più cari.

No. Tra noi, non ci poteva essere accordo. Non c'era stato prima. Non c'era motivo che ci fosse dopo. Rimanevano due punti di vista, due punti d'osservazione, di partecipatoria osservazione se più v'aggrada, su un universo mai visto prima che pure già s'offriva coinquilino della nostra mente col suo tradursi conclusivo in diagnosi clinica. Un'autopsia a cadavere assente. L'incrostazione di un accumulo che nessuna teoria sgrassatrice era riuscita lontanamente a scalfire. Rimanere me stesso dove l'erotizzazione mi portava su un terreno che non s'incontrava con i miei piedi era un imperativo che mi teneva sospeso. Non potevo accettare quella proposta. La rifiutai. Prima di buttare il piede oltre la soglia invitai il fantasma ad uscire di casa e a lasciarmi visitare il monumento che qualcosa m'avrebbe voluto sicuramente raccontare. Senza paura anche solo per quei pochi minuti che ancora rimanevano alla timbratura dell'uscita. Un

brutto scherzo m'era stato già tirato all'ingresso del portone centrale. Appena spalancato sui nostri piedi ci diede il triste benvenuto di una partenza prima dell'arrivo, di una conclusione prima di un addio, affrettata, definitiva, stereotipata, perentoria. L'assassinio dell'occhio diverso. Fu così sgradevole che non ebbe ritegno alcuno, prima ancora di salutarci e di darci il benvenuto, di mostrarci, senza profferir parola, sulla tridimensionalità di uno specchio, di quanto ingannevoli siano i nostri sensi, di quanto allucinatori, di quanto creatore di verità operative possa essere anche un mummificato archivio. Fu così sgradevole da produrre in noi non solo un'allucinazione tracimata in una risata comune prodotto di una nostra aberrante e condizionante conclusione. Tra l'esperienza che aveva prodotto quegli sguardi di reciproco consenso, quelle risa attorcigliate che permettevano il riconoscimento di una musica, o meglio di un fetore, già sentita annunciavano la presenza del nome della cosa. Durò così poco quell'effetto allucinatorio che non ci accorgemmo del suo repentino digradare fino a del tutto scomparire quando arrivammo già sul pianerottolo a fine rampa dove la musica era già diversa. Eppure tutt'ora la nostra razionalità ci fa dire che quella musica all'ingresso la conoscevamo per averla tante volte già ballata fino esserci riempite le narici di nauseabondo rifiuto. Avrebbe potuto volerci dire che quella musica si è solo appena spostata di palco. Non ha voluto. Avremmo perfino potuto non trovare la bestia in casa o avere perfino sbagliato indirizzo, perfino portone. Qualche tempo prima un emerito ortopedico dato alla salute Mentale aveva già vergato la richiesta di un TSO per una diagnosticata catatonìa ad una signora già morta sul letto. La scienza è scienza e vassi rispettata. Pensavo di aver messo il fantasma alla porta mentre quello s'era già impossessato di me e di lei, ballandoci dentro e dirigendo le nostre conclusioni. Basta poco per distrarsi. Non è tutto ciò un movimento di una evidente e tangibile approssimazione che chiamano "*scienza psichiatrica*"?

#### ***Accomunati da ineffabile destino***

Ci sono volute le lotte degli anni Sessanta, che hanno investito anche l'istituzione Manicomio, per porre in serio pericolo le fondamenta metafisiche delle teorizzazioni psichiatriche e le sue reali concretizzazioni di dominio. Passata la violenza della contestazione e l'entusiasmo per gli immediati benefici che sortivano da uno sguardo alla follia con un occhio diverso, lo Stato riorganizza le sue istituzioni, Psichiatria compresa. È in questa riorganizzazione che gli anti-psichiatri, decantati nemici della Psichiatria, sono stati tra i più solleciti collaboratori del rimaneggiato castello psichiatrico. L'Anti-psichiatria ha presupposto la Psichiatria e viceversa. Ad una certezza della Psichiatria

corrisponde, sull'altra faccia della stessa medaglia, la certezza sulla cui convinzione si basa il progetto dell'Anti-psichiatria di istituzionalizzarsi, a fianco della stessa Psichiatria, in vista di una sua totale sostituzione. Entrambe si sono rette sul mantenimento del sogno deterministico, una affermando l'altra negando la malattia mentale, quando già il concetto di indeterminazione invitava al risveglio da un sogno lasciando cadere i fondamenti teorici che avevano spiegato e interpretato la realtà fino a quel momento.

Se il determinismo era stato ricerca di relazione di causa ed effetto, la Psichiatria non era riuscita a soddisfare nemmeno le sue richieste: non era riuscita, né lo è tutt'oggi, ad individuare la causa di un effetto arbitrariamente definito "*malattia mentale*". Alla stessa logica deterministica faceva riferimento l'Anti-psichiatria nel suo accanimento per dimostrare che la "*malattia mentale*" non esiste. Non è bastata la caduta del determinismo ad impedire che l'Anti-psichiatria continuasse ad apportare collaborazione alla tanto nemica Psichiatria. L'autoritarismo dell'Istituzione comunemente gestita da psichiatri e antipsichiatri non lascia spazio al superamento della malabitudine deterministica. Ancora oggi non possiamo parlare di una separazione tra Psichiatria e Anti-psichiatria. Ciò che porta all'affermazione dell'esistenza della malattia mentale, ad essa riducendo ogni manifestazione di Disagio Relazionale, conduce pure alla sua negazione prestando fede alla piena conoscibilità del reale attraverso il processo deterministico che si sviluppa dalla, ormai solo ipotetica, relazione tra causa ed effetto. Con tale fede la Psichiatria s'è spinta fino all'Anti-psichiatria che ancora oggi fa riferimento ad una filosofia deterministica per sbattere in faccia alla Psichiatria l'inesistenza della "*malattia mentale*" mentre già la Psichiatria riprende ad ingrassarsi sfruttando furbescamente anche l'indeterminismo a fini di potere.

Che cosa l'Anti-psichiatria dice nella sua opposizione di base alla Psichiatria? Hai intuito un fenomeno che definisci e nomini "*malattia mentale*" ipotizzandolo come effetto di supposte cause; cerchi le cause di quell'effetto ma stabilisci solo delle ipotesi che tratti come cause vere e reali; rimangono solo supposizioni di cause di una sola supposta malattia; non riesci a dimostrare come quelle cause determinerebbero la supposta malattia, quindi sei incapace di inquadrare deterministicamente il rapporto causa ed effetto che spiegherebbe e giustificerebbe la tua malattia: la malattia mentale non esiste.

Perché una certa Anti-psichiatria continua a proporre, rivolgendosi però ad una pregressa Psichiatria, un punto di vista deterministico dimostratosi ormai improbabile? Il punto di vista deterministico dell'Anti-psichiatria rappresenta un reale mezzo

di distruzione della relazionalità autoritaria che oggi s'impone nelle nuove istituzioni della Salute Mentale?

Una prospettiva trans-psichiatrica vuole guardare ad una posizione di pensiero indipendente dalla posizione di pensiero sia della Psichiatria, sia della Salute Mentale, lì dove l'Anti-psichiatria in un pensiero deterministico è rimasta impantanata alla ricerca della possibilità che l'impossibile esistenza di un motore centrale, la malattia mentale, non riscontrabile in una relazione deterministica di causa ed effetto, fosse a sua volta causa determinante di un sperato effetto: il crollo della Psichiatria. Si ripropone l'idea di quelle cose che cadono da sole, idea non condivisibile nemmeno dallo stesso determinismo. Una posizione teologica per una nuova religione, speculare all'altrettanta teologia che ha caratterizzato la peggiore Psichiatria. Alcuni hanno semplicemente dedotto la malattia mentale, altri hanno semplicemente dedotto la sua assenza.

Saremo capaci di portarci al di là di una cronicizzata mal abitudine al determinismo? Checché ne pensi l'Anti-psichiatria, in molti all'interno della Salute Mentale si sono spinti in questa direzione. Che poi l'istituzione di potere sia d'impedimento ad ogni sviluppo del pensiero e dell'umana azione è un dato di fatto che dovrebbe esimerci, se non altro, dal prestare la nostra complicità.

#### ***Per una nuova religione democratica***

La critica della più o meno pregressa Psichiatria è critica dello psicofarmaco come quella dello psicofarmaco lo è sempre della Psichiatria. Basterebbe poco per un ribaltamento del rapporto tra la critica e l'Istituzione. Basterebbe solo che un trattamento psichiatrico si potesse legittimare con la volontarietà dell'individuo trattato e che la Psichiatria, *come una religione*, fosse scelta volontariamente dagli utenti. Basterebbe solamente una santificazione della Psichiatria e del suo più evidente rito, l'assunzione dello psicofarmaco. A quale Psichiatria si riferiscono? A quella Psichiatria per fortuna già messa al bando e la cui ritualità, niente essa avendo di scientifico, ha già funzionato producendo danni, violenza e dolore proprio come una qualsiasi altra religione. Ma questa volta "*sarebbe come una religione scelta volontariamente.*" (M. R. D'Oronzo) Ma le religioni si scelgono volontariamente? Qualche volta sì, come volontariamente molto spesso si sceglie la Psichiatria e la servitù da parte degli individui.

È questo l'augurio, queste la premessa e la cornice teorica con cui si apre "*Sorvegliato mentale*". Nella prospettiva di abolire tutta la Psichiatria e scegliere una nuova vera e propria religione psichiatrica che, tolta ogni coercizione, nella volonta-

rietà dei trattamenti potesse giustificare anche l'assenza di ogni scientificità per la quale quella stessa Psichiatria è stata aspramente criticata. Così parlò Szasz. Così recitano tanti e vari porta tascapani.

Oggi, a chi mai può interessare un'Anti-psichiatria di tali premesse? Eppure... distraendo l'attenzione dall'attualità dei Dipartimenti di Salute Mentale e dalle più sofisticate e subdole strategie di controllo, l'Anti-psichiatria si crogiola in una critica d'altri tempi per una Psichiatria demodé in una cornice teorica che toglie energia ad ogni prospettiva emancipativa a cui la stessa critica dovrebbe guardare. Per quanto necessaria importante sia, in una tale cornice teorica, la critica dello psicofarmaco diventa risibile cosa per ogni rimaneggiato Cerletti dell'attuale Salute Mentale e, per chi volesse guardare criticamente la stessa Psichiatria dell'Anti-psichiatria, appena appena l'invito ad una nuova religione.

#### ***Le note della critica***

Negli anni Cinquanta gli psicofarmaci entrarono prepotentemente nell'Istituzione psichiatrica. Il loro accesso è stato puntualmente accompagnato da una critica competente che continua fino ai nostri giorni con lo stesso ritmo argomentativo.

*«chi assume neurolettici perde interesse all'azione, diventa indifferente, non riesce più a pensare agevolmente, muoversi e agire.»*

E ancora. L'azione dei neuroplegici è compatibile con quella che normalmente viene chiamata "riabilitazione" che richiede l'attivazione di tutto ciò che il neuroplegico disattiva? Eppure questa è parte di una conoscenza di base alla portata di chiunque prescrive lo psicofarmaco e molto spesso anche di chi l'assume non solo coattivamente ma anche volontariamente in condizioni in cui con niente d'altro è riuscito a sollevarsi da tremende angosce, paure da spasimo, insonnie da fuga, deliri che non consentono nessuna aderenza né godimento alcuno della realtà. Che cosa mai ci potrebbe interessare la critica della sostanza al di fuori della relazione dentro cui si muove e della quale è elemento? Questa è quello che è e ognuno l'assume o meno a seconda dei propri bisogni e delle proprie convinzioni. Cosa mai ci può interessare la critica dell'oggetto? Quello che ci deve interessare è la critica di una relazionalità di potere che utilizza l'oggetto in funzione di quel potere e a promozione di quel tipo di relazionalità.

Non vi sono prove dell'esistenza di "malattie mentali" (né nel senso di patologia della mente né della patologia della carne), né si sa come funzionano i farmaci, mentre secondo Pe-

ter Breggin (1983) «*La psichiatria ha generato nel mondo un'epidemia di malattie del sistema nervoso*».

«*Tutti gli psicofarmaci provocano alterazioni del funzionamento cerebrale e di tutti gli organi che si manifestano come stanchezza, sonnolenza, calo dell'attenzione, distrazione, eccitazione, sottovalutazione o sopravvalutazione delle proprie capacità. Creano difficoltà nel quotidiano e sono tutti potenzialmente pericolosi.*»

«*Numerosi effetti collaterali sono causa di esclusione sociale, ovvero quella che viene definita la disumanizzazione psichiatrica: effetto zombie.*»

### ***La sostanza al di là dell'apologia***

La consapevolezza dei danni da psicofarmaci è chiara nei medici, ma anche in chi li assume; infatti si evidenzia sempre una forte resistenza verso l'assunzione di questi farmaci. Nonostante tale consapevolezza, al di là della stupidaggine e della malafede dell'apologia dello psicofarmaco, come di ogni apologia, per capirne l'uso non possiamo guardarlo esclusivamente come sostanza venefica o benefica ma dobbiamo vederlo inserito all'interno di una relazione. In altri termini come uno dei tanti elementi di una situazione relazionale. Elementi che possono essere indirizzati all'obiettivo di ampliare l'autonomia e la salute di tutti gli elementi della relazione, attraverso un processo che dia spazio e occasione di azione a tutti loro ma possono essere invece indirizzati alla squalifica di alcuni elementi, fino all'esclusione di taluni altri perfino previsti in un rapporto contrattuale, e alla promozione di altri elementi fino all'apologia dello psicofarmaco miracoloso o dello psicofarmaco velenoso.

### ***La relazione cambia l'oggetto***

Vogliamo ancora porre in chiaro che in quello che stiamo dicendo non possiamo, se non in modo mistificatorio, riferirci esclusivamente ad una relazione imposta o autoritaria, che comunque non è eccezionale, ma ci stiamo anche riferendo ad una relazione contrattuale in cui è tra i contraenti che si gioca la partita di un trattamento e non certo tra gli spettatori. In una condizione dove la relazione se non è determinata è condizionata o imposta dalla Psichiatria come dal Dipartimento e dalle Utilità, gli elementi relazionali vedono ridotti, fino alla distruzione, i loro eventuali potenziali di beneficio. Una Tachipirina che, tagliando la febbre, è ritenuto farmaco riuscito per il controllo della temperatura, non ci interessa più di uno psicofarmaco ritenuto non adeguato, non riuscito per la cura della “*malattia mentale*” quando entrambi sono strumenti e mezzi di potere e di dominio. Sopportiamo la Tachipirina se non riusciamo a fare diversamen-



te ma non per questo ne condividiamo l'uso più di uno psicofarmaco quando mezzo per una relazionalità di potere e per la promozione delle Utilità.

***Pertinenza di chi?***

*«la classe medica si è arrogata il compito di risolvere problemi che non sono di sua pertinenza. (...) Partiamo quindi dal presupposto che la “malattia mentale” non è di pertinenza della medicina (...) così come non sono problemi medici (...) l'uso e abuso di sostanze psicoattive (compresi gli psicofarmaci)».*

Una questione di pertinenza. Dire che le “sofferenze esistenziali” non siano di pertinenza della classe medica, criticando anche la cultura dello specialismo (che è cultura della pertinenza) non equivale a sostenere, implicitamente, che le “sofferenze esistenziali”, se non della Medicina, saranno pertinenza di qualcun altro? E di chi sono pertinenza? Chi sono gli specialisti a cui pertiene di risolvere le problematiche delle “sofferenze esistenziali”? La risoluzione, e comunque una risposta alle “sofferenze esistenziali”, non può certo essere pertinenza di specialisti. Tali sofferenze esistenziali riguardano, per più di un motivo e per diversi motivi, tutti gli esseri del pianeta... ci vorrebbero troppi specialisti. Troppi da psichiatri sarebbero raggruppabili in una nuova categoria di pertinenti in sofferenze esistenziali. Loro lo dicono chiaramente di chi sono pertinenza, anzi propongono a modello “*illuminanti ed esemplari*” esperienze di pertinenza nei medici: Giorgio Antonucci, Loren Moser, Luc Ciompi, Mariano Loiacono, tutti medici che alle “sofferenze esistenziali” si sono approcciati da un punto di vista medico qual è il loro, punto di vista per il quale sono portati ad esempio in opposizione a tanti altri punti di vista di tanti altri individui che, anche a modo loro, si sono approcciati alle “sofferenze esistenziali”. Mi sembra un chiaro esempio di chiaro e non diversamente dicibile consenso alla *classe medica che si arroga il compito di risolvere problemi che non sono di sua pertinenza*. Io da scarso lettore o da persona con “sofferenze esistenziali” mi sentirei veramente confuso di fronte ad un tale più che contraddittorio modo di argomentare anti-psichiatrico. Ma questo è un altro paio di maniche. Mentre dall'andamento del volume interessa capire quanto una critica si possa relazionare con una prospettiva di distruzione di un'istituzione di dominio e quanto eventualmente le può essere di sostegno e perfino funzionale. Certamente un'opera di malignità.

### ***Un defunto comune***

Non pertinenza medica. Bene. E che c'è di nuovo? Come, non la “sofferenza esistenziale” ma certamente la persona arriva al medico? Non si sa. Per un fatto semplice. Per il fatto che la persona scompare senza lasciare traccia per lasciare spazio alla “sofferenza esistenziale” e alla “non omologazione” da contrapporre all'altra categoria, quella della “malattia” il portatore della quale scompare nella Psichiatria come nell'Anti-psichiatria scompare il portatore di una sofferenza esistenziale. Un individuo scomparso di chi mai può essere pertinenza? Di nessuno. La Psichiatria come l'Anti-psichiatria si contendono l'eredità categoriale di un defunto. Difficilmente saranno disposti ad ammettere che dipartì o perché privato di una relazione empatica o perché rinchiuso, al di là del manicomio, in una più che manicomiale relazione di dominio. È possibile pensare che quando vogliamo parlare di Disagio Relazionale incominciamo a pensare ad un individuo in carne ed ossa, in storia e specificità individuale? Che quando vogliamo parlare d'un cavallo incominciamo a relazionarci con un cavallo in carne e ossa e la finiamo di crogiolarci nella cavallinità? Allora è il salto dall'idea alla persona in carne e ossa che può evitare che la cavallinità faccia scomparire anche il cavallo di cui si vorrebbe occupare.

### ***Diagnosi d'una dipartita***

Non si tratta di “malattia mentale” ma di problemi dell'esistenza, della sofferenza interiore, di sofferenza psichica che “non è la patologia”. Di cosa stiamo parlando? Di quale individuo? Di quale persona e con quale storia? Non è che per caso, necessario per quanto sia, ci stiamo riferendo talmente alla cavallinità da fare scomparire il cavallo di cui vorremmo parlare?

Criticano il fatto che “la non omologazione comportamentale, sociale, affettiva e sessuale” sia definita dalla Medicina come “malattia” e diagnosticata come “disturbo borderline”. Una critica comprensibile, ormai veramente terra terra. Ma sia la Psichiatria che l'Anti-psichiatria fanno un errore diverso ma equidistante dalla persona: non la vedono, né tantomeno la sentono, entrambi dai rispettivi punti di vista. Con un vantaggio per la Psichiatria: per ovvi motivi, qualche volta la vede anche di più. La Psichiatria la osserva e la riduce ad una malattia e ad una definizione diagnostica: “disturbo borderline”; l'Anti-psichiatria che decide ora di non catalogarla con una diagnosi medica, la cataloga con una diagnosi sociale (“sofferenze esistenziali”, delle quali si occuperanno illuminati esemplari di medici) ma non la osserva completamente (non avrebbe come fare) mentre produce ugualmente una diagnosi, né meno etichettante né meno

stigmatizzante, definendo le azioni di quella nemmeno osservata persona come: “*non omologazione comportamentale*”, non omologazione “*sociale*”, non omologazione “*affettiva*”, non omologazione “*sessuale*”. C'è una classe di specialisti della “*non omologazione*” già all'opera? Una classe di nuovi preti per le sofferenze esistenziali? Non furono pochi i medici antipsichiatri che, dopo la 180 entrarono nei servizi per la tutela della Salute Mentale continuando a definire “*malattia mentale*”, messa più o meno tra parentesi, ciò che un momento prima avevano già inquadrato come sofferenza esistenziale in una condizione di non omologazione.

Nemmeno la stessa osservazione è neutrale. L'osservazione spesso uccide la cosa osservata; partecipa talmente in senso utilitario da fare scomparire la cosa osservata fino alla sua distruzione.

La Psichiatria e l'Anti-psichiatria pongono diagnosi solo apparentemente diverse. Si smarrisce facilmente l'equilibrio tra il sentire la persona e il sentire il fenomeno con un'attenzione maggiore al fenomeno che senza la persona rimane vuoto sepolcro. Dove la considerazione del fenomeno predomina toglie ogni spazio alla persona; dove qualche volta si sceglie di concentrare lo sguardo e l'attenzione sulla persona ignorando il fenomeno la persona si trova ridotta ad una malattia perfino diagnosticata o ad una solo apparentemente diversa diagnosi di “*non omologazione*”.

#### ***Per una diagnosi del metodo***

La Medicina della Psichiatria è troppo pesante; il giudizio dell'Anti-psichiatria è troppo leggero fino a divenire innocuo. L'Anti-psichiatria, nella nemmeno osservata azione della persona che la Psichiatria cataloga come malata di “*disturbo borderline*” giudica, trova e diagnostica solamente la scelta di una “*non omologazione*”. E d'altra parte la “*non omologazione*” se non è azione scelta e decisa cosa mai può essere?

Anche la stessa osservazione è all'interno di una relazione. Dopo avere considerato ogni aspetto, quindi dopo un processo di osservazione e analisi, di un fenomeno, la diagnosi lo riduce ad una categoria; la Medicina ad una “*malattia*”, l'Anti-psichiatria, di natura più o meno medica, ad una “*non-omologazione*”. Entrambi hanno voluto conoscere un fenomeno e classificarlo riducendolo ad una categoria. L'hanno fatto in modo diverso ma sempre una diagnosi hanno posto, sempre un'etichetta dietro la quale scompare ogni individualità, ogni personalità, ogni storia, ogni carattere, ogni progetto. Per la conoscenza di un fenomeno possiamo fare riferimento a diversi approcci diagnostici tutti giustificabili con le rispettive teorie di

riferimento. Tutti ideologicamente giustificabili. Ognuno portatore di una sua metodologia relazionale da quella diagnosi scaturente. Tra fenomeno osservato, diagnosi e metodologia relazionale sembra realizzarsi un taglio che giustifica tutta la diagnosi e le conseguenti relazioni in un'ottica deterministica. Qua la metodologia relazionale interviene solo ad osservazione e diagnosi realizzate. A quale metodologia relazionale facciamo riferimento nell'osservazione in una prospettiva diagnostica? Molto spesso ad una metodologia autoritaria e utilitaria indipendentemente dalla tipologia diagnosticata. Può essere che i ritenuti nemici di sempre dopotutto altro non sono che i portatori di una metodologia comune?

Se una “*non omologazione*” può essere ridotta a malattia e diagnosticata come “*disturbo borderline*” lo è per il semplice ed elementare motivo che a chi conduce questa operazione è riconosciuto e concesso il necessario potere per poterlo fare in un senso o nell'altro. Allora prima di tutto rimane ancora e sempre una questione di potere. Se siamo di fronte ad una scelta di potere, chi quel potere detiene ha obblighi di una scelta piuttosto che di un'altra? Il potere attuale non sembra avere nessuna difficoltà a scegliere tra un trattamento psichiatrico e uno criminalizzante e perfino detentivo. Catalogare una mai osservata persona come “*borderline*” o come “*non omologata*” solo fittiziamente fa riferimento ad una diversa metodologia diagnostica. Molto spesso fa riferimento ad una metodologia autoritaria e utilitaria comune.

Ora ci vuole: tutto qui?

Essendo *non omologata socialmente* anche l'azione di tutti i cosiddetti ribelli sociali e rivoluzionari e facendo due più due quattro anche per l'Anti-psichiatria oltre che per la Psichiatria, tutti i non omologati dalla Psichiatria catalogati come malati di “*disturbo borderline*”, dall'Anti-psichiatria vengono pensati come ribelli, rivoluzionari e in qualche modo “*non omologati*”: diagnosi cieca non meno delle altre, né meno autoritaria. Dove l'individuo è una casella diagnostica vuota in attesa che qualcuno la riempia è chiaro che ognuno tenterà di riempirla come più gli sarà utile e converrà. Continuando a crogiolarci con la cavallinità senza cavallo, l'idea, prodotto di tanti e tutti diversi cavalli, diventa essa stessa produttrice di cavalli di sana pianta.

#### **Da “malati” a “non omologati”**

Ogni critica, distruttiva per quanto possa essere, è sempre autoritaria quando ha perso l'individuo. Un'operazione semplice: trasformare per esempio gli etichettati con la diagnosi di “*disturbo borderline*” in diagnosi di “*non omologati sociali*”,

quindi di rivoluzionari o di ribelli sociali; ridurre i non omologati a potenziali e sempre possibili “borderline”. Potere della diagnosi o scempiaggine dell’imbecillità per la quale ancora non abbiamo medicina?

Un individuo, se cade in mano alla Salute Mentale può diventare un “borderline”, se cade in mano all’Anti-psichiatria, un ribelle o un rivoluzionario. Un *cadere in mano* non tanto metaforico, in quanto sembra più importante non tanto il porre assieme alla persona uno sguardo all’interno di una relazione empatica e sintelica quanto proprio un porre le mani in senso manipolativo sia da parte di chi vuole portare consenso alla Psi che all’Anti-psi. In ogni caso mai quell’individuo sarà quello che è e quello che può avere forza d’essere. Con quale risultato? Non capire com’è, che cosa è e che cosa fa un diagnosticato come “borderline” e non capire com’è, che cosa è e che cosa fa un rivoluzionario. Da un lato predomina una prezzolata abitudine alla diagnosi categoriale, dall’altro una gratuita mal abitudine ad una scarsa osservazione e una scarsa, se non assente, partecipazione empatica alla persona in un’apologia del fenomeno. Entrambe le abitudini perdono di vista la persona, l’individuo, nella sua particolarità di persona con una storia, una potenzialità relazionale, una situazione relazionale del tutto specifica, individuale e personale.

Quella che la Psichiatria chiama malattia e diagnostica come “schizofrenia”, per l’Anti-psichiatria è solo diversità di pensiero e diversità percettiva. Allora la Psichiatria diagnostica come malati di “schizofrenia” tutti quelli che hanno un modo diverso di pensare e un diverso modo di sentire. Un modo non omologato di pensare e di sentire? Non che l’Istituzione, in quanto luogo di culto, produzione e azione del potere, non sappia fare e non faccia queste cose quando gli necessita, ma un’analisi e una conclusione di questo tipo ignora, alla pari della Psichiatria, l’individuo relegandolo in una sola diversa modalità di produzione diagnostica. Eppure la non omologazione non sembra consistere solo in un pensarla diversamente; tantomeno sembra esserlo una non omologazione rivoluzionaria. I maomettani, gli islamici, i cristiani, i buddisti, la pensano tutti l’uno diversamente dall’altro. Chi è meno omologato? Chi lo è più? Chi è più rivoluzionario. Secondo quanto dicono le autrici, si potrebbe concludere che per la Psichiatria sarebbero solo forme diverse di “schizofrenia” perché forme diverse di pensiero. Nemmeno la Medicina psichiatrica accarezza più tali conclusioni, almeno non in questi termini. Fermo restando che, per il potere che l’Istituzione ha sulla società, quando gli giova non si fa ostacolo né scrupolo a trovare una diagnosi di malattia mentale per ognuno e anche per tutti coloro le cui azioni e comportamen-

ti difficilmente si possono confondere con una generica *non omologazione comportamentale* di natura da determinare... o di natura anti-psichiatrica. E poi è veramente così sfumato il confine e così impercettibile la differenza tra un'azione e l'altra, tra un comportamento e l'altro, al punto tale che una stessa azione, uno stesso comportamento possa essere dalla Medicina Psichiatrica definito come follia o "*malattia mentale*" e dall'Anti-psichiatria, medica o non medica, come "*non omologazione*"?

Una tale critica oltre a non essere nemmeno lontanamente funzionale ad un attacco all'Istituzione del Male Mentale è mistificatoria sulla "*non omologazione comportamentale*": continuando a non degnare l'individuo nemmeno della possibilità di una osservazione empatica lo accusa di non omologazione, creando la categoria dei non omologati, per un comportamento del quale non ha niente a che farsene non avendolo nemmeno né osservato né tantomeno sentito. Con una diagnosi di una "*non omologazione*" per persone che non si sognerebbero mai di entrare in tale categoria né di accettare tale diagnosi, partecipa anche della creazione di un dubbio e di un sospetto, che la "*non omologazione comportamentale*" possa dopo tutto essere più che simile al cosiddetto atto di follia. Dopo tutto ogni azione rivoluzionaria dei non omologati, di attacco distruttivo del potere, delle sue realizzazioni e dei suoi uomini cosa mai è stato per gli uomini di potere e per i loro tirapiedi se non un atto di follia? Cos'è stata l'azione dell'anarchico Bresci, per tanti lacchè di regime se non un atto di follia, quando questi con tre colpi di pistola metteva fine alla vita de «*il più pietoso, il più liberale dei re*» del sovrano d'Italia, Umberto I di Savoia? «*Oh, no! pazzo od anarchico – vale lo stesso – l'assassino non ha avuto occhi per vedere, mente per riflettere un solo istante: un mostro umano soltanto poteva compiere quel misfatto! (...) un fanatico privo di ogni umano discernimento (...) un dissennato.*» È così che il "*Giornale di Sicilia – Politico/Letterario*", nella prima pagina del 30-31 Luglio 1900, definisce un uomo dopo averlo ignorato nel nome che pure era pubblico. E cosa poteva essere per tanti altri Gaetano Bresci se non un *non omologato sociale*? Da folle a non omologato sociale. È mai possibile che un individuo non riesca a condurre, per il solo fatto di essere individuo e d'esistere, una sua qualche azione, ad avere un qualche suo comportamento, senza essere sottoposto ad una qualche etichetta più o meno diagnostica? Che possa esistere per il solo fatto di essere al mondo senza doversi ritrovare obbligatoriamente rinchiuso in una categoria? In funzione della sua emancipazione, che occasione può trovare un individuo dal sentirsi diagnosticato tra folle e non omologato sociale? Qualche volta una porta borsa nella foga da prima donna non s'accorge di presentarsi alla gala

con le chiappe di fuori. La cosa nauseante è che a fianco di portaborse ci sono anche ritenuti uomini di pensiero.

### ***Le cause scatenanti dell'Anti-psichiatria***

Gli psichiatri, pur non avendo trovato se non ipotesi di cause scatenanti delle loro “*malattie mentali*” hanno in qualche modo approntato delle più o meno condivisibili “*terapie*”; gli anti-psichiatri, pur coscienti delle cause scatenanti delle “*sofferenze esistenziali*” tergiversano sulla necessità di una *terapia* che non può non essere che di attacco e distruttiva delle cause considerate scatenanti. Eppure non sembra che gli anti-psichiatri fino ad ora conosciuti siano propensi a tale *terapia*. Lo psichiatra, riconosciuto come il più anti-psichiatra di tutti, famoso in Italia, flirta con la chiesa di Scientology che, se non vado errato, non sembra operare in una prospettiva di attacco distruttivo della realtà di dominio tanto nemica dei non omologati sociali. Sto parlando del Giorgio Antonucci della liberazione dei folli. In quanti minchia sono stati a liberare questi poveri folli? In ogni caso sembra il fronteggiarsi di fazioni in una decisione solo apparentemente diversa in una logica sicuramente comune, in una logica deterministica.

«*la condizione umana (...) su questo pianeta è veramente difficile (...) funzionale al ritmo produzione-consumo e ai gruppi di potere (...). La lista del perché si può “star male dentro” (...) dà un quadro di quali possano essere le cause scatenanti di sofferenze esistenziali sempre più profonde e diffuse.*» Ecco, da un punto di vista deterministico e nulla più, le “*cause scatenanti*” delle “*sofferenze esistenziali*”, riferibili ad una organizzazione di potere che produce mille bisogni indotti per l'individuo. Per il soddisfacimento di tali bisogni si organizzano altrettante istituzioni, sempre di potere che, col pretesto di rispondere a quei bisogni, in un circolo vizioso, vanno ad incrementare la capacità di dominio di quella primitiva e originaria organizzazione di potere. In tale dinamica, in tal senso, in tale prospettiva, ogni istituzione lavora con i mezzi che ha: tutte le istituzioni hanno le stesse funzioni del Dipartimento di Salute Mentale. Tutto il resto della Medicina interviene sui prodotti delle Utilità: «*Avvelenamento e intossicazione, patologie oggettive quali disfunzioni epatiche, renali, metaboliche, allergie, uso innaturale del corpo*». Mentre il dibattito si fossilizza sul discernere se ci siano o no “*patologie oggettive*” e patologie non oggettive come le cosiddette “*Malattie Mentali*”, di nessuna importanza sembra il capire come ogni istituzione di potere partecipi di un più ampio progetto di produzione di quei danni dei quali in seguito la Medicina si arrogherà il diritto di cura. Di nessuna urgenza è ritenuta l'azione distruttiva, con mezzi adeguati alla situazione, di tutto

ciò che si manifesta immediatamente come causa di disagio esistenziale, di “sofferenza esistenziale” quindi distruttivo della vita. La Psichiatria per le ipotizzate cause propone ipotizzati rimedi come lo psicofarmaco. L'Anti-psichiatria per le individuate cause scatenanti quale *terapia* propone e con quale *terapia* affronta le concrete problematiche esistenziali o le problematiche della “non omologazione”? Solo risposte di cani che si mordono la coda evitando scrupolosamente di imbattersi nell'individuo.

#### ***Insozzati da comune melmaio***

Mille altri motivi, senza bisogno della Psichiatria e dello psicofarmaco, possono ridurre una persona al rincoglimento essendosi scolata di tutto, non ultimo il proprio cervello. Credo che potrebbe essere coerente che gli antipsichiatri non andassero dallo psichiatra e non assumessero psicofarmaci quando stanno male dentro. Si recheranno da fachiri, giocolieri, prestigiatori, da maghi, santoni vari, dai loro rappresentanti politici, dal capo condominio, dal prete, dalla vicina di casa, dal pizzicagnolo sotto casa? Niente di tutto ciò. Molto più semplicemente affronteranno e risolveranno le loro “sofferenze esistenziali”. E tutti quelli che non hanno le stesse capacità lenitive e curative delle “sofferenze esistenziali” che hanno gli antipsichiatri e che pure, scampati i forni crematori, non hanno ancora deciso di togliere il disturbo? Comunque saranno fatti loro anche quando si recassero dal macellaio sotto casa o dal barbiere dentista, chirurgo e con funzioni mediche varie. Non credo però che non si rivolgono alla Medicina in caso di avvelenamento, di intossicazione, di disfunzione epatiche; certamente “*patologie oggettive*”. Anche quando di fatto tutta la Medicina e ogni medico partecipano di quel ritmo produzione-consumo-consenso e di quel ritmo funzionale ai propri gruppi di potere che ha provocato quel loro “*star male dentro*” che, poi, si arroga il diritto di risolvere. Un medico in generale è meno responsabile di uno psichiatra? E questo è più responsabile di un deputato, di un parlamentare, di un politico, di un preside, di un cantante, di un attore, di un calciatore? A quel ritmo partecipa pure l'Anti-psichiatria e partecipiamo pure noi quando il nostro chiacchiericcio, che crede di stare andando più a fondo nel pozzo nero delle analisi, si sostituisce al bisogno e alla necessità di distruzione immediata che la sanguinaria dimensione di potere richiede.

#### ***Finalità dichiarata***

Qual è la finalità delle autrici?

Un modo d'uso. La redazione di un mezzo di consultazione per chi, per un qualche motivo, usa psicofarmaci. Lo fanno con la promessa di non volere usare un linguaggio medico



per subito dopo aggiungere: «Useremo (...) alcuni termini propri del linguaggio medico per descrivere disturbi e patologie causate dai farmaci, tentando di fare luce sul significato e sul vissuto celato dietro le parole dei bugiardini.» Sono lontane da un linguaggio medico? Bisogna leggere quel libro per capirlo.

«chi aiuta» la persona quando sta vivendo «esperienze che appaiono inconsuete o dolorose»? Le autrici, in appendice per chi aiuta, non lo dicono. Di fatto, al momento, l'unico aiuto viene, dove viene, proprio dall'Istituzione. Questa, almeno teoricamente, è l'unica deputata a portare aiuto. Cosa significa? Significa che, essendo questo tipo di “esperienze” ritenute, per la stragrande maggioranza degli individui, un problema di “salute” ed essendo lo Stato delegato ad occuparsi della salute dei sudditi, ogni tipo di intervento o di “aiuto” nei confronti di una persona che vive «esperienze che appaiono inconsuete o dolorose» non può che essere apportato dall'Istituzione della Salute e, nello specifico, dal Dipartimento di Salute Mentale con la criminalizzazione e la repressione di ogni tipo di solidarietà e di aiuto che può essere denunciato, per i connotati che vanno al di là della pacca sulla spalla, come non sanitario. Per esempio, con le sostanze psicoattive, nell'intimo delle proprie scelte, ognuno può rapportarsi come meglio crede e sa; se queste sostanze sono psicofarmaci e chi li prende è una persona alla quale il Dipartimento ha imposto il marchio della diagnosi psichiatrica, nessuno che non sia medico può attuare una qualche forma di prescrizione né una qualche variazione posologica. Di qualche gruppo, all'interno del quale, in quanto struttura non sanitaria, non è previsto né il medico né lo psichiatra, si sostiene che non abbia fatto uso di psicofarmaci. Mai si evidenzia però che in tali gruppi nessuno ha l'autorizzazione né alla prescrizione, né alla sospensione, né alla variazione posologica e la gestione del rapporto con la sostanza rimane fatto privato e del tutto personale di un contratto tra persona e medico curante. Questo indipendentemente da quello che noi pensiamo dello psicofarmaco. In “Appendice per chi aiuta”, le autrici non si riferiscono certo all'Istituzione. Considerando che le persone che vivono «esperienze che appaiono inconsuete o dolorose» sembra siano in aumento e, volendo pure ignorare le statistiche ingannevoli, abbastanza frequenti, a chi si deve rivolgere per aiuto una persona che vive quelle esperienze? Quant'anche la persona non incontri uno psichiatra pronto a diagnosticare, quelle esperienze finiscono e spariscono? Non ha importanza. Deve solo sapere che si può rivolgere a chiunque tra parenti, amici, vicini di casa, condomini, fino ai compagni di partito, ove più ce ne fossero, ai compagni di gruppo, ai compagni d'affari, a quelli di centri sociali o alle ronde di quartiere. Per questi le indicazioni in appen-

dice rappresenteranno i riferimenti teorici, proprio quelli minimi, che li porteranno all'altezza della situazione e del proponimento: aiutare. Quelli che trasformeranno gli psichiatri in specialisti nella "non omologazione"?

#### ***L'aiuto nella lotta intermedia***

Lo Stato oggi è più che presente e più che arbitrario in una condizione tragicomica di democratica dittatura. Il Dipartimento è un'Istituzione di Stato del quale riflette il modello. La stessa Anti-psichiatria, più o meno medica, agisce all'interno di una condizione e di un contesto di Stato col quale deve fare i conti. Non c'è spazio né possibilità di un aiuto in concorrenza. Altra cosa è l'innescare e la promozione di lotte intermedie, all'interno delle quali l'aiuto e la solidarietà non sono separata cosa, in autogestione e in una più ampia prospettiva autogestionaria, dove il senso dell'aiuto va rivisto, rivitalizzato all'interno di una metodologia della relazione empatica, autogestionaria, autonoma, antiautoritaria per la quale non ci può essere spazio nello Stato, che si porti al di là della Psichiatria, dell'Anti-psichiatria e della logica delle Utilità. All'interno di tali lotte, se non si esclude che ognuno possa avere a diverso titolo una parte importante anche nell'aiuto, non si prescrive nemmeno l'esclusione di un aiuto cosciente e competente, quello di chi sa quello che fa e perché lo fa.

#### ***Non hanno più dove andare***

Quelli che attualmente si definiscono "sinistre", provenienti da quelli che una volta si definivano "comunisti" sono tra i responsabili di avere portato al potere non il fascismo, non i fascisti ma un regime autoritario più pericoloso e subdolo dello stesso fascismo storicamente conosciuto e determinato. Perché la gente, che continua la tragicommedia del voto elettorale, dovrebbe votare i comunisti o i diversamente chiamati alla gestione dell'autorità, del capitale, degli affari, dell'Economia, delle Utilità, del capitalismo, quando tale gestione nessuno la sa fare per mestiere meglio del nano malefico che ci governa? Assieme al Fascismo è caduto l'Anti-fascismo. Assieme alla Psichiatria, per come storicamente la conosciamo, è caduta l'Anti-psichiatria. Nessuno si rivolge al pizzicagnolo sotto casa per un progetto edilizio della propria abitazione. Il determinismo sembra non essere mai caduto.

#### ***Sul linguaggio della Psichiatria***

«intendiamo negare (...) qualsiasi valore (...) al linguaggio adottato dalla psichiatria.» Per poi subito dopo aggiungere: «Ciò che io mi auguro e che vorrei è che fosse abolita

*tutta la Psichiatria coercitiva, quella non volontaria, incluso diagnosi, ospedali, trattamenti. Se si vuole un trattamento psichiatrico si potrebbe fare volontariamente, come dice Thomas Szasz.» (M.R. D'Oronzo).*

*«È importante “accompagnare”, “stare a fianco”».*

Non credo ci possa essere espressione migliore per dare consenso non solo alla Psichiatria disciplina ma anche alle sue realizzazioni autoritarie sul territorio. Tale consenso si ripropone riproponendo la contraddizione che caratterizza la posizione di Szasz: pur se “*la malattia mentale non esiste*”, pur se la Psichiatria, che niente ha di scientifico, non si giustifica da nessun punto di vista, pur se non vogliamo una Psichiatria coercitiva... possiamo condividere la Psichiatria se i suoi trattamenti da coatti si trasformassero in volontari. Ecco la “180”... con qualche riserva. Così la volontarietà del trattamento diventa il valore che raccoglie la Psichiatria dalla cenere e la innalza agli altari andandola a giustificare perfino nella sua assenza di scientificità essenziale caratteristica di ogni critica di Szasz contro la Psichiatria (vedi *Il mito della malattia mentale.*) È in tal senso e in tale direzione che sono state recuperate le lotte contro il manicomio una tra le massime concretizzazioni della Psichiatria. Tra l'altro sembra che le autrici ignorino di quanto la Psichiatria, disciplina, non abbia un linguaggio suo, specifico (*come per esempio lo può avere l'Anatomia, la Chimica, la Fisiologia*), assenza dovuta proprio al fatto che, fin'ora «*gli anatomopatologi non possono trovare le malattie mentali nel corpo o nel cervello quando sezionano*». Pensano di stare utilizzando un linguaggio non-psichiatrico per il solo fatto che non usando la terminologia della medicina diagnostica stanno usando «*parole quali inconsuetudine esistenziale, di pensiero, d'esperienza, dolore interiore, tristezza, stati d'animo.*» Proprio tutte quelle della Psichiatria.

Che linguaggio usano allora le autrici? Come la Psichiatria usano un linguaggio non scientifico ma, sempre come la Psichiatria, usano un linguaggio ampiamente “psi”. In ogni parte l'opuscolo lascia l'impressione di un riassunto mal riuscito tratto da una più ampia bibliografia “psi”. Sia tra gli psichiatri classici che tra gli anti-psichiatri istituzionalizzati in tanti hanno sviluppato gli stessi contenuti che troviamo nel libro dicendo le stesse cose e sicuramente molto meglio di come sono state dette dalle autrici che psichiatre non sono. In modo più comprensibile e approfondito, per non parlare di certi volumi di psichiatri dei servizi che sono veramente poetici se non fosse per la tragedia che quanto hanno capito e promesso gli autori è, ed è stato, puntualmente tradito e trasformato in relazione autoritaria e di utilità quando dalle calde pagine dei loro libri l'incontro tra psichiatra

e “*paziente*” si è realizzato nelle allucinanti strutture istituzionali sul territorio organizzate per rispondere più ad un bisogno di controllo sociale che al bisogno di assistere e aiutare nella sofferenza. Se non fosse per le tragiche conseguenze che ha sugli individui l'impossibilità di realizzare nei servizi di Stato quanto poeticamente proposto da tanti psichiatri. Non c'è un'espressione, un concetto che non sia la brutta copia di quanto molto meglio è stato espresso in una più ampia letteratura “*psi*”, non ultimo “*Psicofarmaci agli psichiatri*” dello psichiatra Enrico Baraldi.

«È importante “*accompagnare*”, “*stare a fianco*” (...). *La cosa principale è creare una relazione reale puntando sul reciproco rispetto.*» Una indicazione per *chi aiuta*. Un'edizione Bignami e molto approssimativa di quanto molto meglio hanno saputo dire fior di “*psi*”. Nel libro “*Parole di follia*”, Sergio Piro, quella condizione relazionale dello “*accompagnare*” e dello “*stare a fianco*” l'aveva già definito “*rapporto sintelico*” indicando così l'importanza dello stare assieme per uno scopo, in comune e in una progettualità: «*il rapporto sintelico è la passione di un viaggio comune.*» Se Piro quando si presenta dice: «*Mi chiamo Sergio Piro e sono uno psichiatra, benché questo termine non mi piaccia molto*», lascia anche intendere che non ci siamo di certo trovando di fronte ad un anti-psichiatra. Piro è psichiatra, membro della Segreteria nazionale di Psichiatria Democratica e direttore di manicomi. Uno psichiatra con le parole dell'Anti-psichiatria. Peccato che all'interno delle istituzioni autoritarie, una volta della Psichiatria manicomiale, oggi della Psichiatria dipartimentale, non ci sia spazio per una proposta di relazionalità empatica né per un rapporto sintelico. Figurarsi se, per com'è ridotta fino ad oggi la Sanità in Italia dove in un Pronto Soccorso si entra per un mal di pancia e si esce in una bara, in Salute Mentale si può avere spazio e occasione per quella che, autoritaria per quanto sia, alle orecchie di chi ha bisogno potrebbe perfino suonare come poesia.

Per rimanere sul dichiarato rifiuto del linguaggio medico, le autrici tra gli esempi illuminanti propongono quella di Giorgio Antonucci (“*medico e psicanalista*”) (<sup>1</sup>) la cui esperienza si è

---

<sup>1</sup>) Nel periodo del Manicomio non era necessaria la specializzazione in Psichiatria. Non lo fu nemmeno dopo la “180” con la nascita dei Servizi Territoriali per la Tutela della Salute Mentale (STTSM). Nella Medicina non c'è, né si richiede attualmente, una specializzazione in Salute Mentale. Attualmente la specializzazione medica è ancora quella in Psichiatria. Ancora attualmente nei Dipartimenti lavorano medici con tutt'altra specializzazione che quella in Psichiatria. Ciò ha fatto sì che il termine “psichiatra” fosse legato non tanto ad una specializzazione in Psichiatria quanto al fatto che un medico lavorasse all'interno dell'Istituzione Psichiatrica o del Dipartimento di Salute Mentale. In tal senso Antonucci, sarà pure medico e psicanalista ma è

costruita dentro il manicomio, oggi, dalla spassionata l'accoglienza nelle colonne di Volontà, di Umanità Nova e di A. Rivista Anarchica, è aderente ai progetti e ai metodi di Scientology e sostenitore del CCDU (*Comitato dei Cittadini per i Diritti dell'Uomo*)<sup>(2)</sup>; Loren Mosher ("psichiatra"); Luc Ciompi ("psichiatra e psicoterapeuta") di cui si parla e si studia in diversi servizi di Salute Mentale, di cui si studia nelle Università; di Mario Loiacono ("psichiatra"); di Ron Coleman ("sopravvissuto alla psichiatria") che, pur non essendo psichiatra, è chiamato e in giro per l'Italia nella poca formazione che la Salute Mentale propone ai suoi operatori e la cui esperienza e il cui metodo di auto-aiuto sono riconosciuti perfino da tanti psichiatri. Poi, come esperienze individuali meno conosciute portano l'esempio della Berliner Weglaufhaus (Casa del Fuggitivo di Berlino) e dell'Associazione "Penelope" di Giardini Naxos, esperienza portata avanti dall'Assistente Sociale Giuseppe Bucalo: «*In queste esperienze lo psicofarmaco non è stato usato o è stato limitato al minimo.*» Mettono in un unico calderone tra l'altro esperienze portate avanti da psichiatri con esperienze che al loro interno non prevedono lo psichiatra. Per quanto riguarda l'utilizzo dello psicofarmaco ormai da tempo sono in tanti quelli che, per diversi motivi, non lo vedono di buon occhio. Ma che senso ha, per chi non può prescrivere il farmaco per dovere d'ufficio, dire che non usa lo psicofarmaco o lo limita al minimo? Mentre molto più senso credo abbiano e più interessanti trovo quelle esperienze di psichiatri che, pur potendo prescrivere lo psicofarmaco, non ne fanno uso o lo riducono al minimo, l'esperienza dei quali, per l'eccezionalità, suggerisce la necessità di andare al di là sia della Psichiatria che dell'Anti-psichiatria.

Dove, né la Casa del Fuggitivo di Berlino, né l'Associazione "Penelope" di Giardini Naxos, in Sicilia, sono strutture sanitarie né medicalizzanti, né pubbliche né private, nonostante trattino con persone in condizioni o con una forte storia di Disagio Relazionale e dove non essendo Bucalo, a Naxos, né medico né psichiatra, è scontata conseguenza che, oltre a non poter prescrivere lo psicofarmaco (come nessun altro farmaco) in nessun modo possono entrare nella gestione della po-

---

anche psichiatra a tutti gli effetti. Questo senza niente volere aggiungere niente togliere ad Antonucci ma per capire di che stiamo parlando. La stessa cosa non è avvenuta per le altre professioni sanitarie che hanno statuti e profili professionali che niente hanno a che spartire con la Psichiatria, anche quando trovano il loro impiego nei Dipartimenti di Salute Mentale, e il cui corso di studi e di formazione professionale niente ha a che vedere con la Psichiatria.

2) Il CCDU è stato fondato nel 1969 dalla Chiesa di Scientology (vedi <http://www.incompatibile.altervista.org>).

sologia: la prescrizione, l'assunzione o meno, la posologia dello psicofarmaco rimangono oggetto di contrattazione, e comunque della relazione, tra la persona interessata e il medico generico o lo psichiatra che quella persona va a trovarsi per i fatti propri.

Sia le strutture medicalizzanti, che prescrivono la sostanza perché possono e devono farlo che le strutture non medicalizzanti che non prescrivono la sostanza perché non possono e non devono farlo, lo vogliano o meno, rimangono entrambe incancrenite in una istituzionalizzazione autoritaria. Dopo tutto si completano a vicenda. In parallelo ad entrambe le relazionalità solo diversamente istituzionali proposte, individualità diverse propendono già per una relazionalità autogestionaria e non autoritaria alla base di lotte intermedie ma anche al di là di un punto di vista deterministico. Sono questi individui che possono rappresentare occasione propulsiva per un salto oltre, al di là sia della Psichiatria, sia della Salute Mentale, sia dell'Anti-psichiatria; l'occasione, prima di tutto come individui, per un salto nella prospettiva che a me piace chiamare trans-psichiatrica. Che poi, senza bisogno di essere proibizionisti più o meno camuffati, una persona che decide una tutta sua e personale relazione diversa con lo psicofarmaco possa intraprendere un rapporto sintelico con altri individui capaci di aiutarlo, sostenerlo, accompagnarlo, è un altro paio di maniche.

#### ***Una diagnosi differenziale***

Oltre alla responsabilità attribuita alla sostanza, continuano ad attribuire alla diagnosi una responsabilità molto più ampia di quella che realmente ha perfino la stessa diagnosi di «schizofrenia»? Tra l'altro dicono di volersi allontanare da un linguaggio medico mentre rimangono fortemente ancorati ad una modalità di parlare di diagnosi e di porre diagnosi che, per autoritarismo, è essenzialmente di tipo medico pur se arriva a conclusioni solo fittiziamente diverse. Arrivano perfino ad annullare ciò che può differenziare l'azione di un individuo etichettato “non omologato” da quella di un individuo etichettato “malato mentale” e confermano la mala abitudine di potere tradurre indifferentemente un'azione nell'altra e il potere che il Dipartimento oggi ha, come ieri l'ha avuto la Psichiatria, di poter censurare un'azione oggi come folle, domani come non omologata, terroristica e di poter rinchiudere oggi in Psichiatria, domani in galera. Alle autrici sfugge che già il concetto di “non omologazione”, diversamente espresso con: delinquente, ribelle, terrorista, ladro, autonomo, rivoluzionario, anarchico è parte in pieno del potere della Psichiatria di sempre che manda, attraverso una diagnosi differenziale rispondente solo a suoi interessi di dominio, in manicomio o in galera. Qual è il bisogno per gli an-

ti-psichiatri, più o meno psichiatri di oggi, per un'analisi che si chiede che cos'è quella che normalmente chiamano “*malattia mentale*” di partecipare della diagnosi differenziale della Psichiatria?

***Al di là dell'etichetta la narrazione***

Michel Foucault ci descrive una condizione in cui all'interno dell'Istituzione Psichiatrica venivano rinchiusi, più o meno a seconda del periodo, individui omologati a partire dal comune denominatore, la follia, che una qualche forma di Psichiatria loro attribuiva. Ciò indipendentemente dalla specificità dei bisogni degli individui, della loro storia, della particolarità d'espressione della sofferenza. Passò tempo ma fu la stessa Psichiatria d'allora a comprendere che l'omologazione nella follia di individui diversi non era più funzionale da nessun punto di vista e prima di tutto per la credibilità di quella che incominciava a ritenere se stessa scienza nascente quindi per il mantenimento di diversi gruppi per il potere dei quali era enormemente interessante essere ritenuti conoscitori e dominatori della mente umana nonché potere emettere, ogni volta che ne occorresse, un verdetto di malattia mentale. Per molti potere parlare della mente come oggetto già conquistato e tenuto in pugno certo che doveva essere di grande teatralità oltre che di grande prestigio. Oggi, tutti quelli che la Psichiatria classica ha omologato come folli, dalle autrici vengono omologati come “*non omologati*”. Ma come “*non omologati*” due volte, doppiamente in quanto *non omologati tutti uguali*. Dove il *non omologato* è una categoria e non un individuo i *non omologati sono tutti uguali*. La complementarità tra la Psichiatria e l'Anti-psichiatria continua ad essere sempre più sorprendente. D'altra parte quando si vuole descrivere una categoria in senso classificatorio un qualche nome gli si deve pure dare. Quelli che da alcuni vengono inclusi nella categoria dei “*malati mentali*” vengono da altri inclusi e classificati nella categoria dei “*non omologati*”. Ecco perché sono dell'idea che un punto di vista trans-psichiatrico, se pur ha bisogno di costruire un linguaggio e di parole sue, debba imparare a relazionarsi con individui, e non con categorie pur diversamente diagnostiche, e debba imparare a narrare e raccontare più che classificare, categorizzare e proporre etichette diverse. La categoria diagnostica di “*non omologato*”, di natura solo apparentemente diversa da quella di “*malato mentale*”, all'interno di quale relazionalità si muove? Come mezzo, il fine di quale relazionalità può raggiungere per la sua adeguatezza e per quale fine di relazionalità mai potrà essere mezzo adeguato? Sia la sostanza che la diagnosi sono elementi di una relazione all'interno della quale la loro funzione varia a seconda della finalità e del

progetto relazionale. La stessa diagnosi, che è sempre processo conoscitivo, fosse pure quella di “*schizofrenia*”, è da comprendere all'interno di un progetto relazionale.

### ***Se la relazione si fonda sulle Utilità***

C'è tanta gente che è rimasta per anni *seguita* nei servizi senza una diagnosi ufficiale; tant'altra... psichiatria che vai diagnosi che trovi, anche col calcolo dei vari DSM, ha cambiato diagnosi più volte: la caratteristica della “*malattia mentale*” è che non sempre, nella stessa persona, si manifesta con una stessa sintomatologia quindi con una stessa diagnosi. Parallelamente uno stesso psicofarmaco viene prescritto per le più svariate *malattie mentali*. Dopotutto una spruzzatina di neurolettico, anche somministrato attraverso uno zampirone, lascia sperare di potere sempre prevenire l'inconveniente fastidio di doversi incontrare e confrontare con il violento dolore che dalla realtà sociale traspare negli individui e nelle loro famiglie. L'Olanzapina, in Italia, è venduta come farmaco specifico per la “*schizofrenia*”, diagnosi necessaria per poterlo prescrivere da parte di uno psichiatra di un servizio pubblico obbligato a compilare un piano terapeutico. In realtà è un farmaco prescritto a tappeto anche se costa un occhio della testa o forse proprio per questo. “*Zyprexa è uno dei farmaci più venduti al mondo con vendite nel 2007 pari a 4.8 miliardi di dollari, di cui quasi la metà negli Stati Uniti.*”<sup>(3)</sup>. Forse perché è politerapeutico e perché guarisce da ogni “*malattia mentale*”? C'è qualcosa che non va. Un farmaco il cui commercio cambia la diagnosi; un farmaco che cura tante se non tutte le forme di “*malattia mentale*”? Di fatto la sensazione è che, anche con questo psicofarmaco miracoloso non meno del risperidone, la relazione tra Psichiatria, Dipartimenti di Salute Mentale, psichiatri, aziende farmaceutiche, aziende sanitarie e *pazienti* abbia tutte le caratteristiche di una relazione d'inganno; in un clima relazionale condizionato più dalla logica delle Utilità che da autentica relazionalità empatica.

### ***Diagnosi psichiatrica diffusa***

Ci sono certamente delle strutture psichiatriche ospedaliere o territoriali; una Psichiatria, disciplina non autonoma né neutrale ma al servizio dello Stato e dei governi e dei loro progetti come la Medicina tutta, ma anche la gente che si rivolge alle strutture psichiatriche per sollievo e ascolto del proprio “*disagio psichico*”. Questa sceglie e decide di andare dal proprio medico, o direttamente dallo psichiatra, non per un mal di pancia o

---

3)

[http://www.xagen.it/news/farma\\_biotech\\_news/2be1f64cae97e3767efd3c0bef7b0779.html](http://www.xagen.it/news/farma_biotech_news/2be1f64cae97e3767efd3c0bef7b0779.html)



per una caviglia slogata o una ferita, “*malattie oggettive*”, ma per il proprio “*disagio psichico*”: perché ha posto una diagnosi, o una diagnosi gli è stata posta, prima ancora che la diagnosi psichiatrica venisse posta da chi, a torto o a ragione, quella diagnosi è autorizzato ad emanare. Così chi si rivolge ai Servizi ha con lo psichiatra una diagnosi psichiatrica in comune: prima che la diagnosi la fa lo psichiatra l’ha già posta il vicino di casa, la famiglia, l’hanno posta i parenti, l’hanno posta gli amici, l’ha posta il compagno di lavoro, l’ha posta la gente per strada, l’hanno posta gli insegnanti e i compagni di scuola, l’hanno posta nelle sacrestie e nelle chiese varie, l’hanno posta le persone sotto i portici della stazione di Palermo nel maggio del 2009: sembra che un uomo abbia aggredito alle spalle una coppia di anziani, marito e moglie, mentre stavano passando sotto i portici della stazione servendosi di un martello col quale li ha colpiti ripetute volte in testa. Ricoverati, la donna era pesantemente ferita, l’uomo non ha superato il trauma morendo dopo qualche settimana. Prima ancora dello psichiatra, prima ancora dei giornalisti, la gente che ha assistito ad un gesto inequivocabilmente violento ha posto una diagnosi di tipo psichiatrico. Molto spesso si è autodiagnosticato in qualche modo, con qualche titolo a partire dall’innocuo e molto popolare esaurimento nervoso.

#### ***Una qualche servitù volontaria***

«*In questa logica lo psicofarmaco ...*». Ma la logica qual è? Quella che si deduce chiaramente dalla “*Presentazione*” all’edizione del 1998. Con eccezione dei casi di rifiuto della cura, in cui il peggiore e più saliente sintomo della stessa “*malattia mentale*”, individuato dallo psichiatra, è ritenuto proprio il non riconoscimento di malattia, quando una persona si è diagnosticata prima ancora che la diagnosi sia lo psichiatra a porla e, in seguito a quella diagnosi, si rivolge alla “*struttura psichiatrica*”, oltre ad avere già avviato un processo di stigmatizzazione, ha delegato la sua vita riconoscendo sia allo psichiatra che alla struttura a cui si rivolge un potere enorme proprio in quanto riconosce loro una funzione terapeutica. Tale delega, avrà una sua storia, avrà un suo significato, ma rappresenta, pur non condivisibile, anche un atto volontario. È chiaramente consequenziale che poi quelle strutture usino gli strumenti che hanno e, prima di tutto, lo psicofarmaco. «*lo psicofarmaco risulta una soluzione “valida” per tutte le circostanze e un imbonitore delle contraddizioni individuali e sociali.*» Più che lo psicofarmaco, e ancora prima, è proprio lo stesso medico a svolgere la funzione di soluzione valida, ma sicuramente fittizia, per tutte le circostanze. In questa riconosciuta funzione il medico usa tutto quello che ha, psicofarmaco compreso, e fa tutto quello che il suo potere gli

conferisce e anche più. Ma che logica è quella di chi vivendo sulla propria pelle contraddizioni individuali e sociali, a cui tutto si vuole fare risalire da un punto di vista deterministico, prima si autodiagnostica, poi si rivolge allo psichiatra, poi accetta e condivide di sottoporsi a terapia, psicofarmaco compreso, poi, magari, nei giorni feriali continua ad andare dallo psichiatra e nei festivi dall'anti-psichiatra... e viceversa.

### *Quella vecchia lente rotta*

Per chi non riconosce la propria malattia il meccanismo esplicativo, secondo lo psichiatra, è una trappola semplice: per riconoscere la propria malattia è necessario che lo strumento di riconoscimento sia integro. Essendo la mente malata, quindi strumento non integro, a questa non è possibile riconoscere la propria stessa malattia; non è possibile cioè diagnosticare se stessa. La mente è allora concepita come l'unico strumento che può osservare al suo esterno e al suo interno; perde questa funzione quando, essa stessa strumento di osservazione di se stessa, è guasta o "malata". Tale misconoscimento è il segno principale di una reale malattia, anche se tra i sostenitori di tale tesi non si trova chi abbia identificato il posto da cui questa mente osserva se stessa. Lo psichiatra diagnostica una malattia mentale; dove la persona così diagnosticata non riconosce in sé la diagnosticata malattia mentale è il segno primo che conferma la correttezza di quella diagnosi. Il segno principale di una reale malattia e di una giusta diagnosi. Anche il segno principale di un enorme potere dello psichiatra. Tutti quelli che riconoscono in sé la diagnosticata malattia... hanno allora lo strumento integro? È proprio così? Una volta diagnosticata, la malattia, la riconosci o no, ce l'hai? Qual è la discriminante che, anche secondo quella che è la scienza medica attuale, possa dire la verità tra quella che è la sensazione della persona e quello che è il giudizio psichiatrico? Non ce n'è una. Nello stesso tempo, se una persona si reca da uno psichiatra sostenendo con una certa perseveranza di essere pazzo o malata mentale è improbabile, se non impossibile, che uno psichiatra non confermi la diagnosi esplicitandola e ridefinendola ulteriormente. L'esperimento di Rosenham, dato di realtà sperimentale preso molto spesso alla leggera, è senza dubbio la dimostrazione più che delle inequivocabili menzogne della Psichiatria di quali siano i suoi metodi scientifici. Pur con modalità diverse, sia la Psichiatria che l'Anti-psichiatria hanno dovuto accedere alla metafora per poter parlare di una mente che hanno avuto in comune. Ancora oggi né la Psichiatria né l'Anti-psichiatria hanno possibilità di parlare della mente fuor di metafora.

La Medicina psichiatrica ha posto la metafora alla base del suo metodo scientifico. Ha trovato una lente che ha chiamato mente... e viceversa; ha rotto questa lente, particolare in quanto capace di guardare fuori ma anche dentro se stessa; ha concluso dicendo che, essendo questa lente rotta, come non può guardare fuori non può guardare dentro se stessa né vedere al suo interno. Se la mente non fosse ritenuta qualcosa di fisico come potrebbe funzionare un'analogia fisica per spiegare una mente non fisica? Ciò detto, non vogliamo dire che i meccanismi di tutto ciò che è stato finora chiamato "mente" siano di facile e agevole accesso. Tutt'altro. Mentre i meccanismi esplicativi della medicina psichiatrica sono quelli a cui fanno riferimento gli psichiatri nell'attuale Salute Mentale anche se gli strumenti del Dipartimento sono cambiati rispetto a quelli della Psichiatria manicomiale.

***Da individuo a chiave***

*«non tutti i transessuali sono ben disposti a doversi considerare "disturbati" e a doversi sottoporre a psicoterapia solo perché il resto della società non li accetta per ciò che sono.»*

"il resto della società" e l'individuo singolarmente preso propongono una relazione tra due elementi della realtà non sempre felicemente reciprocamente comprensive e armoniche, non sempre empaticamente in relazione, spesso prive dell'interesse al sentimento della risonanza o con l'ipertrofia dello strumento relativo. Una relazione non sempre agevole in funzione delle nostre immaginate vita e armonia più in generale. La realtà sociale di un paio di millenni a questa parte, cosa di poco pur nell'impressione dell'ampia estensione temporale, ha creato, specie nel culturalmente profondo e progredito Occidente, la sua carta geografica mentale a partire dalla difficoltà dello stare gli uni con gli altri, dimentica dell'importanza di una molto più ampia dimensione cosmica: lo stare nel cosmo, l'essere cosmo, l'essere universo. L'essenza e il significato di tale difficoltà sfuggono alla nostra comprensione per la cattiva abitudine che abbiamo assunto a stare con gli altri, con il resto degli individui, nonostante tutto con la convinzione che la relazione di potere e autoritaria sia l'unica possibile a dispetto della dimensione fondantesi sulla risonanza empatica che lega individuo e mondo. Se una malattia mentale dovessi riconoscere, credo che nella relazione di potere e autoritaria riconoscerai il sintomo della peggiore delle malattie mentali. Ma non c'è questo pericolo. La relazionalità che passa tra noi e gli altri si presenta, ai nostri occhi e alla nostra vita, come più o meno agibile, più o meno difficoltosa, più o meno problematica, ma sempre come relazionalità che s'impone per la sua esclusività, come l'unica possibile, separata

e tagliata fuori dalla inutilità relazionale che fortemente lega tutto ciò che ci circonda. Sto parlando di inutilità relazionale e non certo di utilità deterministica. Rimanendo sull'esempio del transessuale, quando questi, col suo più o meno consenso, è tagliato dal resto dell'universo e messo in relazione al “*resto della società*” che ha realizzato quel taglio per meglio determinarlo e controllarlo, in un modo o in un altro non ha importanza, diventa oggi “*disturbato*”, domani “*deviato sessuale*”. Appena ieri era solo oggetto da cremare. Una relazionalità separata che è in grado di cullarci, e lo fa se siamo utili alla sua logica di dominio, ma è anche in grado, se vuole e quando vuole, di portarci alla tomba dopo averci portato un insieme smisurato di disagi, di angosce, di sofferenze; è anche in grado di buttarci, non necessariamente in un processo deterministico, nella tragedia di veri disturbi che disegnano sul nostro organismo la riproposizione di quella carta geografica tra le aguzze vette e i profondi abissi dell'angoscia, dell'ansia, fino a modificare e disturbare i nostri sensi e la nostra percezione della realtà. Una relazionalità autoritaria che ci priva della nostra universalità e ci riduce alla quotidianità, che ci separa dal nostro infinitamente grande e ci riduce all'infinitamente piccolo alquanto ridotto all'infinitamente misero. La relazionalità della miseria che riduce la ricchezza della relazionalità a miseria della relazionalità. Una relazionalità che ci priva della relazione circolare tra il nostro essere universali e il nostro essere particolari si fonda su quella che ormai dovremmo imparare a chiamare, in relazione alla sua essenza e significato, logica delle Utilità.

Qualche volta siamo bravi, talaltra meno in tale relazionalità che qualche volta è casualmente facilitante ma in generale inibente la vita. A torto o a ragione, qualche volta l'individuo ce la fa, altre volte soccombe in qualche modo senza riuscire a scansare il tribunale della sua immediatamente prossima società che innalza a verità ogni purulenta produzione della sua razionalità. In tale relazionalità nelle Utilità alcuni abbiamo però perso l'occasione per capire, per sentire l'importanza del tradurre quella che a noi sembra una grande perdita sul polo dell'individualità in una importante e grande conquista sul polo della universalità; altri hanno perso l'occasione per sentire quella che vivono da grande vittoria individuale come una reale grande perdita sul polo dell'universale. In ogni caso, entrambi, stiamo commettendo un qualche errore del quale non siamo gli uni meno responsabili degli altri; stiamo impedendo una relazionalità circolare tra infinitamente piccolo e infinitamente grande, tra particolare e universale, tra individuo e umanità. Mi piace cogliere il mio primo sentimento delle Inutilità proprio dal cielo stellato sopra di me e dalle zolle sotto i miei piedi nudi do-

ve ancora la terra mi si dona a calpestare. Dove la sparuta immagine *oggettiva* dell'universo in relazione all'intuizione che ne colgo io stesso universo m'invita alle inutilità, la provvisorietà e la caducità della società m'impone il fittizio delle Utilità la produzione delle quali passa per una pedissequa applicazione di una ormai appurata e ben oleata metodologia di potere. Questa, a sua volta, per perpetuarsi altro non sa fare che imporre la sua palestra dove forgia la nostra abitudine alla relazionalità di potere.

È solo a questo punto che diventa chiaro che per poter sopravvivere in questa società l'individuo è costretto in tutti i modi a modellarsi come la chiave si modella e si adegua alla sua serratura. Non per questo necessitiamo della diagnosi di "*omologati*". È proprio in questo processo di modellatura che si trasforma l'individuo in persona. È qua che gli s'impone una diagnosi, un'etichetta, un marchio, un numero che gli consente di essere riconosciuto e di avere accesso al mondo delle Utilità. Per alcuni è necessaria l'etichetta diagnostica di "*malato mentale*", per altri quella di "*non omologato sociale*" entrambi marchi di riconoscimento e d'accesso ad una comune relazionalità di dominio e di potere, due facce complementari di una stessa medaglia capaci di distruggere ogni individualità e ogni specificità.

Qualche volta, quando tale relazionalità è talmente disturbata da produrre una terribile e insopportabile angoscia nello stare in vita, l'individuo ha deciso di togliere il disturbo. Altre volte richiede, in mille modi, l'intervento di una qualche protesì; lancia una richiesta di aiuto, nella speranza che qualcuno di quel resto della società la colga. Abbiamo creato una chiave che apre per chiudere. Altri ancora, nel movimento delle Inutilità, non elemosinano nessuna accettazione alla società né richiedono allo Stato alcun riconoscimento ufficiale della loro individualità. Altri, volentieri, si sottopongono a trattamenti diversi compreso quello della psicoterapia da cui traggono perfino dichiarato sollievo. Sono questi gli elementi, i costituenti una smisurata e spudorata domanda, che danno alla "Psi" una legittimità indipendentemente dalla sua logica o dalla sua scientificità. Oggi la richiesta di una pratica del sollievo e dell'aiuto diventa sempre più pratica di sopravvivenza come il bisogno d'alimento tutti i giorni. Non certo metodo del cambiamento e della rivoluzione che rimane di natura distruttiva. E ancora si richiede e si accetta anche la pratica dell'aiuto come pratica della compassione che è contro ogni forma di crescita in autonomia, mentre altra cosa è la pratica dell'aiuto come momento di lotta intermedia in una prospettiva rivoluzionaria. È veramente una questione di psicofarmaci?

***Sulle ceneri d'un nemico perduto***

Le autrici continuano nella loro critica ad utilizzare il termine "Psichiatria", cosa che personalmente non condivido quando il termine pretende di rivolgersi alle realizzazioni attuali, quelle del Dipartimento. Si tratta di una leggerezza di tutta l'Anti-psichiatria che tale non si sentirebbe d'essere se non in relazione alla Psichiatria. Dove si definissero i nuovi termini che caratterizzano l'attualità dell'Istituzione del Male Mentale come mai si chiamerebbero tutti gli anti-psichiatri? Un fenomeno simile l'abbiamo vissuto con il Fascismo e l'Anti-Fascismo. Dopo la caduta del Fascismo sono rimasti gli anti-fascisti ai quali però, mentre continuavano a cercare in ogni dove il Fascismo, sfuggiva come al di là dell'amenità della terminologia di potere, al di là del fenomeno specifico per caratteristiche e per tempo del Fascismo, il potere si riorganizzava e riproponeva in modalità ed efficienze diverse fino all'attuale governo del "Popolo delle libertà". Che dire dell'Anti-fascismo istituzionalizzato, ben disposto e con metodi solo diversamente autoritari ad andare a rivestire ruoli di governo sui resi sudditi individui?

***Una psicoplegia generalizzata***

*"Psicoplegia" (...) la paralisi di abilità e capacità intellettive attuate attraverso la somministrazione dei neurolettici.*"  
La psicoplegia *"tutela da responsabilità legali il medico", "esonerata dall'incontro e dal confronto con l'essenza del dolore"*. In altri termini fa sì che lo psichiatra si difenda dall'incontrarsi con il dolore del paziente o che il paziente si incontri e si confronti con il suo stesso dolore. È anche quello che si verifica. Oggi però sono tantissime le forme di droga auto assunte miranti, più o meno consapevolmente, a creare una barriera protettiva tra noi e un qualche nostro profondo e non eradicabile né risolto dolore. Sarebbe comunque facile dire che non necessariamente l'incontro e il confronto con il proprio dolore sia sufficiente ad un suo superamento senza l'aiuto di una qualche protesì. Un infaticabile ritorno: l'incontro e il confronto con il proprio dolore è la causa di un effetto: il superamento del dolore. Allora il problema non può consistere certo nel volere in qualche modo arginare condizioni di ingestibile dolore, quanto nel senso che tale operazione ha da parte di chi in tale impresa si pone, il contesto in cui tutto ciò avviene, le finalità intime che tutto ciò ha al di là dell'immediatezza percepibile e della promessa d'aiuto, quanto nell'incremento di complicazione e complicità che tale impresa incontra quando ci si rivolge all'Istituzione delegata. Ecco che il neuroplegico, non necessariamente psicofarmaco, può diventare strumento di controllo sociale contro le persone scomode o chi diviene troppo critico o solo appena stressante per

l'Istituzione stessa. C'è uno sproporzionato puntare della critica sullo psicofarmaco come strumento di controllo e un considerarlo come se il suo utilizzo rappresentasse eccezionale occasione del potere. La sostanza (neuroplegica, psicoattiva, droga... chiamatela come più vi aggrada e vi fa comodo) è uno strumento protesico come tanti altri che, se in mano al potere e, ancora meglio, se elemento di una relazione di potere, precisamente alla stregua di ogni altro tipo di strumento di dominio, come avviene all'interno dell'istituzione Dipartimento di Salute Mentale, intensifica immediatamente la sua funzione psicoplegica, di controllo e di morte mentre affievolisce eventuali possibilità di beneficio. In ogni relazione di dominio la sostanza è spinta a lasciare agire più le sue potenzialità venefiche che quelle eventualmente rilassanti e tonificanti.

Personalmente mi schifo, oggi, a parlare di "libertà", di quella libertà preconfezionata dopo essere stata uccisa dalle varie più o meno ufficiali e più o meno camuffate agenzie di potere. Sembrerebbe impossibile constatare che lo stesso concetto di "libertà" potesse essere un ottimo strumento di potere se nelle mani del dominio. Non è solamente un modo di pensare diverso, è già un'azione autoritaria l'idea che vede la libertà e il dominio quali elementi compenetrabili nella coniugazione della vita. Solo una delle tante volte, ma ancora una volta, la "libertà", oggi anche attraverso l'autoritarismo e la logica delle Utilità del governo del "Popolo delle libertà", diviene strumento di dominio, strumento d'inganno per una intera popolazione nelle mani dello smanioso gnomo malefico. La libertà allora non deve fare paura di per sé ma, strumento come un altro, è anche termine a cui si fa riferimento snaturandone l'essenza: oggi la "Resistenza" con lo gnomo malefico ha in comune la "libertà". È per questo che saremo berlusconiani? Mi può fare schifo che il nano che ci governa parli di libertà e usi la libertà solo in funzione di un incremento di dominio, ma non per questo temerò la libertà, la mia libertà inconciliabile con ogni forma di autoritarismo, con ogni forma di potere, con ogni forma di logica delle Utilità con ogni "libertà" di Stato. Userò la libertà, ad essa guarderò e mi riferirò come la mia libertà; dove gli individui possiamo essere strumento l'un per l'altro, userò la libertà a modo mio e mi lascerò da essa utilizzare a modo suo. Non è solo lo psicofarmaco a diventare strumento di dominio, lo sono tutti i farmaci e tutti gli altri strumenti a seconda delle mani in cui cadono, a partire qualche volta proprio dalla stessa libertà fittizia. Col dominio abbiamo un linguaggio in comune ma non per questo dobbiamo utilizzare il linguaggio allo stesso modo. Ciò che ci può distinguere dal dominio non è tanto il linguaggio quanto la relazione. Per il dominio la relazione è di potere, autoritaria, nella logica delle Utilità;

per noi, la relazione deve essere di risonanza empatica, autonoma, antiautoritaria, autogestionaria, nella logica delle Inutilità se vuole essere nella libertà e mantenere il senso che l'idea ha conquistato nel tempo.

### ***Un farmaco come il pane***

L'attenzione va allora posta sui nostri bisogni e su come lo Stato è proprio a partire da essi che ci domina e ci sottomette. Il pane di ogni giorno, dove non manca pure quello, non è né un farmaco né uno psicofarmaco. È sicuramente, e lo è stato fin'ora, mezzo e strumento di sopravvivenza. È proprio a partire dal pane, dall'acqua, che il dominio ci ha sotterrato. Quanti morsi di pane, mentre a noi alleviano il disagio della fame, vengono dal Potere e dall'Economia utilizzati in funzione della nostra sottomissione e alla salute dell'incremento loro e quanti morsi, gioco per noi e azione nella inutilità del nostro vorticoso e spaventoso errare dispersi per infinite galassie, alimentano la febbre della Utilità che illude governi e nani di Stato in tutto il mondo. Non morderemo più pane?

Lo psicofarmaco appare allora più criticabile del pane rispetto al quale sembra promettere cose diverse? Il suo utilizzo in una logica produce un tipo di psicoplegia allo stesso modo che la produzione e l'utilizzo del pane, nella stessa logica, produce, oltre che un tentativo di sazietà, un tipo di psicoplegia solo apparentemente diversa: la paralisi di abilità e capacità intellettive attuate attraverso la somministrazione di pane in una logica del dominio, dell'Economia, del potere, delle Utilità. Un incatenamento nelle secche del particolare che taglia il linguaggio e la nostra relazione con il più ampio universale, con il tutto di cui appena siamo parte è il gratuito donarsi ad un discorso che non appartiene alla vita. Per realizzare questo taglio c'è bisogno di finire in Psichiatria, in Salute Mentale o di trovarsi sottoposti a più o meno volontarie somministrazioni di psicofarmaci?

### ***Se la protesi uccide***

Qualche volta la sostanza è brindisi in una condizione salottiera, in un cesso di stazione ferroviaria o lo sballo del sabato sera dopo una settimana di lavoro, noia quotidiana e lotta per la sopravvivenza. Talaltra è tentativo di tirarsi fuori da una trappola che dopo un'infanzia da eroi, dopo i successi scolastici e universitari, dopo la nostra prestanza con le belle donne e con uomini possenti, un bel giorno incomincia a deformare i palazzi che ci stanno di fronte e che vediamo venirci addosso, a contorcere le colonne delle chiese e dei portici, incomincia a mettere un diavolo sulle nostre tracce che non ci dà pace né giorno né notte. Per capire l'apertura all'incontro con la sostanza mi devo



mettere sempre di fronte a quanto per esempio succedeva a quello che una volta era mio amico, Natale. E lo devo conoscere nell'alternativa non di una categoria ma tra l'ossessivo, invadente e pervasivo diavolo che non si riesce a scansare e le bastonate neurolettiche; tra il bisogno d'esserci in un qualche equilibrio col mondo e le bizzarrie di un diavolo che tramuta il sangue nelle vene. Per capire come oggi tantissime volte quell'incontro intensifica gli aspetti più terribili della relazione e affievolisce gli eventuali aspetti benefici della sostanza, mi metto di fronte al modo di funzionare, non della pregressa Psichiatria, ma dell'attuale Istituzione del Male Mentale, il Dipartimento di Salute Mentale. E lo devo conoscere nella sua attuale iconografia, nella sua attuale contraddizione.

Su una enorme difficoltà della vita, per la quale ci rivolgeremo a protesi che qualche volta possono perfino essere illusorie, si innesta una realtà di dominio dove l'individuo viene ridotto da vita a oggetto d'Utilità. La dinamica è quella in cui la più grande difficoltà non proviene tanto dagli elementi relazionali quanto dalla logica in cui si muove la relazione.

#### ***Una questione di qualità***

Tutto ciò che è riportato in un bugiardino può risultare perfino poco per conoscere uno psicofarmaco; anche quando è unito alla descrizione degli effetti vissuti descritti dalla persona che l'assume; effetti che variano radicalmente da persona a persona e perfino in dipendenza del rapporto che questa ha con il medico prescrittore o con l'occasione esperienziale. Quanta conoscenza è necessaria e che cosa bisogna sapere ancora per poter decidere se astenersi o meno dall'assunzione di una sostanza o per decidere la sua libera assunzione? *"Sorvegliato Mentale"* ha comunque la finalità di aggiungere qualcosa di nuovo alla conoscenza della sostanza, che poi ci riesca veramente è un altro paio di maniche. Per alcuni non aggiungerà niente di nuovo; per altri potrà essere l'occasione di un più ampio approfondimento. Ma nel momento del delirio, della condizione allucinatoria, comunque diversamente spiegata e interpretata, nel momento in cui sembra predominare la totale assenza di se stessi a se stessi, l'individuo, o quello che di questo rimane, è in grado di accedere a tale consapevolezza? Quanto dobbiamo ancora conoscere e sapere per poterci finalmente muovere contro le mostruosità del dominio? Quanto per muoverci contro le apologie di qualsiasi segno esse siano? Si vuole presupporre un rapporto diretto tra la nostra quantità di sapere e di presa di coscienza e la nostra eventuale azione contro la relazione di dominio? Abbiamo perso ogni abilità all'autogestione, all'autonomia, all'antiautoritarismo, all'autorganizzazione? Ci hanno ridotto a macchine imbecilli

produttrici di relazioni di dominio, incapaci della pur minima relazionalità empatica e della pur minima capacità residua di sentire la nostra individualità, la nostra unicità come totalità e parte della totalità e della Inutilità universale? È all'interno di una tale condizione che va letta anche la nostra relazione con le sostanze e non certo nella scarsa o abbondante quantità dell'informazione su essa. La vecchia e tanto cara controinformazione è eredità d'altri tempi ma oggi fuoricorso: un rapporto deterministico tra controinformazione e rivoluzione accompagnato dall'idea di un Capitale che si consuma su se stesso e cade da solo come una mano andata in gangrena. Oggi, a fianco di chi non ha informazione, vive chi può godere di un'inflazione d'informazione ma non è capace di utilizzarla in senso né emancipativo né rivoluzionario.

*«Le comuni difficoltà del vivere diventano malattia e quindi business, ma anche mercato del lavoro.»* Re Mida trasforma in oro tutto ciò che tocca, l'Economia lo trasforma in Utilità; il potere lo trasforma in relazione di sopraffazione, di guerra, di dominio; la Psichiatria prima, il Dipartimento di Salute Mentale oggi partecipano di tale progetto di dominio rendendo di secondaria importanza il fatto che la condizione di Disagio Relazionale possa o no rappresentare una malattia di tipo medico: l'esserlo o meno non costituisce difficoltà alcuna né rappresenta un ostacolo per i progetti che riguardano sia la Medicina che l'Istituzione dipartimentale della Salute Mentale. L'Istituzione del Male Mentale si è fondata proprio sul fatto che l'essere o no di quella sofferenza espressione di malattia medica è stato di nessuna importanza e di nessuna problematicità per il suo potere. Non lo è nemmeno oggi. L'insistere dell'Anti-psichiatria sull'esistenza o meno della "malattia mentale" non è realmente in grado di portare una critica distruttiva allontanando l'attenzione da nodi problematici e da forti contraddizioni la spaccatura delle quali, oltre ad un reale attacco alle realizzazioni del dominio psichiatrico, può portare una profonda messa in critica della relazionalità di potere.

#### ***Al di là della retorica***

La critica del farmaco pur corretta e puntuale che sia, rimane inadeguata, parziale e proprio critica Anti-psichiatrica: una critica che con l'esclusiva finalità di attaccare anche alla cieca la "Psichiatria" attraverso lo psicofarmaco tirato fuori dalla relazione in cui si muove, produce un atto di criminalizzazione oltre che di demonizzazione senza considerare che, togliendo quella quantità di TSO (atto autoritario, di violenza, non sanitario, pertanto ingiustificabile da qualsiasi teoria) tantissima gente, lo psicofarmaco, se lo fa prescrivere, se lo compra e se lo paga,

se lo assume, se lo coccola, se lo giustifica, se lo protegge, se lo gode, si ci fa i bagni e guai se glielo si mette in dubbio e in discussione. Altri se lo razionalizzano nella sua assunzione e necessità: non mi farà totalmente bene, ma non sopporto l'insonnia, l'angoscia, la depressione, le voci, i deliri; non sopporto il mio bisogno compulsivo e stressante alle pulizie di casa, non sopporto più di sentirmi perseguitato da "quelli" (che qualche volta non si sa chi sono ma talaltra assumono sembianze con nome, cognome e indirizzo) che vogliono uccidere me e tutta la mia famiglia, che non mi fanno più né mangiare né dormire sotto la minaccia d'avvelenamento. L'idea di un attacco alla Psichiatria, sempre opportuno se adeguato alla nuova realtà post "180", attraverso una critica dello psicofarmaco isolato ed escluso dal più ampio campo relazionale dove vive, in una realtà sociale come quella italiana dove, proprio attraverso l'Anti-psichiatria istituzionalizzata, la Psichiatria, nel frattempo, s'è riciclata cambiando i suoi connotati, la sua iconografia, le sue abitudini e la sua relazionalità, appare veramente sterile e retorica e perfino funzionale alla stessa Istituzione del Male Mentale.

#### *Se la critica è innocua*

Il termine "Psichiatria", che deriva dal greco psyché (ψυχή) = spirito, anima e iatros (ιατρός) che significa medico, è la disciplina che si dovrebbe occupare della cura di una non ancora trovata né meglio definita anima (<sup>4</sup>); è branca specialistica della medicina che si occupa della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei disturbi mentali, dal punto di vista teorico e se ne dovrebbe occupare anche dal punto di vista pratico. Nelle promesse e nelle premesse, lo scopo fondamentale a cui la Psichiatria mira attraverso le sue realizzazioni postmanicomiali è la tutela della salute mentale attraverso il mantenimento e il perseguimento della salute mentale stessa ottenibile prendendo in considerazione diversi ambiti: medico-farmacologici, psicologici, sociologici, politici, giuridici. Per l'allargamento degli ambiti della conoscenza psichiatrica ad altri ambiti di conoscenza è definibile come una "disciplina di sintesi". Più o meno condivisibile che sia è così che viene presentata la branca del sapere psichiatrico.

Quella che da molti è chiamata "Psichiatria", riferendosi non ad una più o meno scientifica conoscenza quanto alla concreta realizzazione di relazioni di potere attraverso strutture di potere, ha bisogno di un tipo di attacco critico diverso da quello a cui siamo stati male abituati al di là della critica allo psicofarmaco. L'attuale Psichiatria, disciplina medica, facendo riferi-

---

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

mento al più o meno condivisibile sapere psichiatrico, organizza il suo potere attuale non più attraverso una strutturazione centralistica come ai tempi della Psichiatria manicomiale ma in strutture polverizzate sul territorio che vanno a costituire prima il S.T.T.S.M. (Servizio Territoriale per la Tutela della Salute Mentale), poi il D.S.M. (Dipartimento di Salute Mentale). La mala critica del farmaco da parte dell'Anti-psichiatria regge bene a favore delle nuove strutture della Salute Mentale, anche perché, nata dall'Anti-psichiatria stessa, con questo tipo di critica la Psichiatria ha creato i propri anticorpi non rifiutando la logica di potere che l'aveva retta per millenni ma riorganizzando quella stessa logica e fornendola di nuovi strumenti. Il Manicomio, centralizzata struttura di potere della Psichiatria, si è ristrutturato polverizzandosi sul territorio attraverso servizi di quartiere ma essenzialmente portando all'interno del suo organismo gli anticorpi creatigli dall'Anti-psichiatria stessa. Questi anticorpi oggi rendono vano ogni tentativo di critica anti-psichiatrica che non sia nello stesso tempo critica distruttiva della logica di potere e della logica delle Utilità.

La critica dello psicofarmaco (che comunque va sempre posta non tanto all'aspetto chimico della sostanza quanto alla sua modalità d'uso, al senso che ha all'interno di una realtà sociale autoritaria quale strumento che, manipolando il bisogno della persona, si trasforma essenzialmente in mezzo di controllo, di potere e di dominio) non è inappropriata perché non corretta, non puntuale o perché non dice la verità. È inappropriata, parziale e inefficace in quanto, non trovando nei Dipartimenti la Psichiatria che cerca (che puntava essenzialmente su una relazione di controllo continuata ancora e meglio dopo l'introduzione degli psicofarmaci) trova già installata una cultura anti-psichiatrica che a fianco dello psicofarmaco ha introdotto, almeno nella teoria, tanti altri elementi che ad una nuova e diversa lettura del Disagio Relazionale affiancano una diversa lettura del farmaco ma sempre in un metodo conservativo di quella stessa logica che ha alimentato la Psichiatria prima, la Salute Mentale dopo. Dove la sostanza diventasse quel farmaco specifico, senza effetti collaterali, per una, questa volta trovata, malattia mentale, "oggettiva"; dove una struttura istituzionale finalmente mantenesse la promessa di quella cura e quella guarigione, ma dove la relazione continuasse ad essere quella delle Utilità, autoritaria e di potere, diventeremmo tutti pro Psichiatria?

Tra gli elementi introdotti dalla cultura anti-psichiatrica c'è il dialogo. Quello di cui parla la D'Oronzo. *«Il dialogo permette di capire il ragionamento. Il mondo di un'altra persona lo si capisce con il dialogo. La comunicazione distrugge il concet-*

to di pazzia. Per sapere i significati di una persona bisogna ragionare insieme.» Ecco quello che dice la psicologa criticando la Psichiatria (ma quale?) alla quale propone il dialogo al farmaco. Quella che la D'Oronzo, ma non solo, cerca è un'altra Psichiatria e non certo quella dei Dipartimenti italiani. Il Salute Mentale non c'è più la Psichiatria che immagina la D'Oronzo. Oggi a fianco di situazioni di vero e proprio abbandono, una fortuna per tanti anti-psichiatri, vivono altre situazioni dove si possono raggiungere livelli inflattivi di dialogo e colloquio. Sono proprio il dialogo e il colloquio, nati dal bisogno di uno sguardo diverso alle “problematiche esistenziali” che prima finivano in manicomio, che hanno tradotto la Psichiatria verso i Dipartimenti di Salute Mentale. La Salute Mentale teorizza il dialogo e la comunicazione, li pratica; si forma al dialogo. Promette dialogo e comunicazione. Se pure a macchia di leopardo realizza il dialogo perfino in modo inflattivo. Ci sono psicologi (in Salute Mentale non ci sono più solo psichiatri) che trascorrono giornate intere a dialogare con i loro pazienti; per non dire che il dialogo, con funzioni diverse, si è esteso ad esigenza di diverse altre figure professionali. Oggi la Salute Mentale ha organizzato un treno per la Cina a cui hanno partecipato utenti di diverse regioni d'Italia; un viaggio e un'esperienza che sono tutto un dialogo. L'Anti-psichiatria di oggi quale Psichiatria cerca? Quella dell'Anti-psichiatria di oggi rimane una critica fuori tempo, fuori luogo per una pregressa Psichiatria. I Dipartimenti di oggi dimostrano a chiare lettere che, superata la Psichiatria manicomiale, il problema che rimane non è né quello dello psicofarmaco né quello della mancanza di dialogo. La Salute Mentale si porta dietro dalla Psichiatria manicomiale la logica delle Utilità, una relazionalità autoritaria, una istituzionalizzazione di potere; un'organizzazione di individui, di strutture, di pensiero, di risorse favorente la pura e semplice gestione di potere e non certo la salute e l'emancipazione dell'individuo. Oggi lo psicofarmaco e il dialogo sono mezzi e strumenti di tale relazionalità che continua a rendere l'intervento psichiatrico generalmente distruttivo e non certo emancipativo nonostante il dialogo a fiumi.

#### ***Una retorica comune***

Se vogliamo guardare alla Psichiatria quale disciplina, quello che le due autrici dicono in “*Sorvegliato mentale*” è piena consapevolezza dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale; se guardiamo alle realizzazioni di potere di questa branca della medicina, all'attuale Dipartimento, ci accorgiamo però che si tratta di una conoscenza e una critica che non possono trovare spazio di attuazione in funzione emancipativa all'interno di una strutturazione di potere, di dominio, autoritaria e delle Utilità.

La logica delle Utilità, elemento determinante ed essenziale anche del Dipartimento, comporta l'esclusione e la squalifica di tanti elementi della relazione empatica e inutile e l'emergere dello psicofarmaco in tutta la sua retorica. La logica delle Utilità, dell'Economia, di cui l'utilizzo dello psicofarmaco è parte, necessita di tutt'altro tipo di critica, di tutt'altro attacco. L'Anti-psichiatria istituzionalizzata è rimasta in pieno in tale logica soppiantando un tipo di organizzazione della Psichiatria e promettendo un diverso tipo di relazionalità però non garantibile, come invece ha promesso, e come stiamo ancora oggi constatando, da una organizzazione rimasta nella stessa logica di quella della Psichiatria di sempre.

Non m'interessa più di tanto lo psicofarmaco che nasce dal fronteggiarsi tra l'offerta e la richiesta mediata da una scrivania o dall'autosomministrazione, quanto la logica in cui sono inseriti il suo fabbricante, il suo commerciante, il suo prescrittore, la sua Economia, la sua commercializzazione, tutti elementi che inseriti in una logica delle Utilità e dell'Economia rendono ogni sostanza, da una goccia d'acqua allo psicofarmaco compreso, l'occasione per una relazione venefica per chi l'assume con l'esclusione, la squalifica, la criminalizzazione di tanti altri elementi che caratterizzano la relazionalità empatica. La logica delle Utilità sa anche manipolare la relazione empatica, rendendola fittizia, fino a renderla funzionale al suo progetto.

Da sola una mala critica della sostanza non ce la fa a sostenere, né tantomeno a realizzare, una reale critica dell'istituzione. All'interno della logica delle Utilità, che non è solo un prodotto della Psichiatria né di una sua forma di organizzazione nella società, diventa conseguenziale non solo uno psicofarmaco a vita, un cocktail di psicofarmaci, la riduzione di ogni disagio sociale alla malattia e allo psicofarmaco ma perfino una sua teorizzazione razionale e scientifica. Senza niente togliere all'importanza e alla necessità della critica dello psicofarmaco, questa rimane parziale e sterile quando si caratterizza essenzialmente come demonizzazione della sostanza e quando l'oggetto criticato viene estrapolato dalla relazionalità in cui l'Istituzione del Male Mentale lo mantiene assieme ad altri elementi utili al sostegno e alla promozione non tanto della salute delle persone quanto della logica delle Utilità della quale l'istituzione è portatrice.

#### ***Come s'è ristrutturata la Psichiatria***

La Psichiatria, ristrutturatasi attraverso l'Anti-psichiatria fino all'attuale Salute Mentale dei Dipartimenti, non è riuscita, né riesce, a togliere dalla miseria e dall'abiezione tante famiglie la cui condizione, ridotta all'esclusione e alla sopravvivenza, è

tale che non meraviglia tanto il fatto che sia stata diagnosticata una condizione di sofferenza mentale quanto il fatto che questa vada, più o meno violentemente, più o meno dolcemente, a proteggere l'Economia, la Politica, lo Stato dalle grosse responsabilità che hanno nei confronti di quelle famiglie. Che c'entra la condizione di miseria e di abiezione sociale con la Salute Mentale? Dovremmo chiederlo a quelle famiglie se, nella tristezza e nella miseria, sia economica che relazionale, a cui sono ridotte, la loro mente sia serena o sofferente.

La Salute Mentale ha capito e teorizzato, se pur non deterministica, la relazione che si instaura tra una condizione di abiezione sociale e relazionale e una condizione di Disagio Relazionale. Non ci sono dubbi che tale consapevolezza sia tra i suoi saperi. È una conoscenza acquisita ma che rimane fuori dalle operatività della Salute Mentale che decide, per più d'un motivo, di ignorare quella relazionalità e di trattare le problematiche dell'individuo esclusivamente come malattia da ridurre ad una qualche sostanza. Si tratta di una conoscenza acquisita, constatata e puntualmente verificata dagli operatori della Salute Mentale della quale però, all'interno dell'Istituzione, non se ne fanno niente. Un giovane cartellato nei servizi del Dipartimento escluso dal mondo della produzione dopo aver trascorso anni e anni tra salti mortali vari per vedersi riconosciuta un'invalidità del 100%, quando riesce nell'impresa percepisce dallo Stato una pensione obolo di nemmeno 250 Euro mensili.

Bruciamo le nostre mani nonostante la consapevole violenza di fuoco? La pericolosità del porre una mano sul fuoco è così chiara e inequivocabile che, proprio per l'immediatezza dei suoi effetti nessuno, se non per un incidente, brucia volontariamente la propria mano. Tra il pericolo del fuoco e quello dello psicofarmaco non c'è analogia possibile, tant'è che, nonostante la loro più che descritta pericolosità, c'è un'enorme richiesta di psicolettici e una volontarietà (al di là delle sempre possibili forzature) nella richiesta e nell'assunzione. Mettere la mano sul fuoco, a quale bisogno risponde? Assumere psicofarmaci, a quale bisogno risponde? La pericolosità sociale dell'Istituzione del Male Mentale non consiste tanto nel non bandire lo psicofarmaco quanto nella modalità e nella prospettiva di utilizzo dei suoi vari strumenti in complicità col più ampio contesto sociale di potere in cui si muove.

#### ***Indicatori della via***

Nonostante gli effetti deleteri dello psicofarmaco, quando si trova in certe e ingestibili condizioni di sofferenza, la persona continua a chiedersi cosa fare se non prendere psicofarmaco. Esprime un bisogno, che la critica qualche volta ignora spu-

doratamente, l'insoddisfazione del quale lo porta dritto dritto tra le braccia di qualcuno sempre ben disposto ad indicare il cosa fare. Qualche volta questo benefattore, indicatore della via, è lo psichiatra e userà gli strumenti che ha a disposizione. Questa relazione in quale logica si muove e in quale prospettiva si pone? Fino ad ora la conoscenza psichiatrica, tranne sparute occasioni, s'è data organizzazioni che si sono mosse nella logica delle Utilità attraverso il controllo sociale, utilizzando i suoi strumenti in una logica di potere, psicofarmaco compreso.

La persona vuole sapere che cosa fare per non rischiare lo psicofarmaco. Quando nonostante tutti gli interrogativi non riesce a trovare alternative è chiaro che se ne sta fottendo dell'effetto collaterale, basta solo che quel veleno gli possa dare anche la sola e semplice illusione di un miglioramento della sua condizione. Qua la tragedia si porta al di là dello psicofarmaco stesso. Che poi sui nostri bisogni nascono e crescono gli imperi del Capitale è fenomeno riscontrabile in ogni momento della nostra vita e della nostra società tutta. Abbiamo per caso un'organizzazione sociale che ha deciso di fare a meno della psichiatria e dei suoi servizi? La persona, prima di arrivare al Dipartimento, ha dovuto affrontare ancora mille peripezie, incontrare mille difficoltà e mille impedimenti fino ad approdare nel mare grande della "malattia mentale" e nell'abbraccio della Psichiatria. Non è improbabile che le condizioni di vita sempre più impossibili portano la persona a *dare di testa* fino a sentirsi *malata di mente*. Qualche volta fino a decidere di dover recitare la parte di malato mentale. Ora il pericolo dei Servizi per la Tutela della Salute Mentale non consiste tanto nel fatto che promettono aiuto ad una persona che si sente *fuori di testa*, quanto nel fatto che perpetuano se stesse quali istituzioni di potere pur non garantendo quello che promettono, nel fatto che sono complici di una società che, senza bisogno di ricorrere a spiegazioni deterministiche, produce follia, nel fatto che ad un certo punto riducono ogni disagio a tanti milligrammi di psicofarmaco, nel fatto che quando vogliono prevenire creano tutta un'altra serie di malattie da DSM, nel fatto che da istituzioni dell'impotenza si trasformano in Istituzione del Male Mentale.

#### ***Nella prospettiva di un'alternativa***

Qual è l'alternativa allo psicofarmaco quale risposta ai bisogni della persona? L'alternativa alla soddisfazione dei nostri bisogni non è certamente lo psicofarmaco né il ricorso alla "malattia mentale". Se l'alternativa fosse semplicemente il concludere: la "malattia mentale" non esiste, la persona non ha niente, lasciatela stare per i fatti propri che non ha niente, saremmo sicuramente usciti dal dominio della psicofarmacologia e della Sa-



lute Mentale. Un'altra alternativa? Sei folle? Noi ti offriamo uno spazio, un'occasione, una possibilità di potere esprimere la tua follia in qualsiasi forma essa si manifesti, come tu vuoi. Noi siamo lo spazio e l'occasione per la tua possibile follia. In tale alternativa la follia è come una potenzialità artistica, qualche volta linguaggio della santità, sganciata dalla realtà non solo deterministicamente ma anche priva di una qualche relazionalità che la potesse rendere più eloquente e più dialogante con il mondo circostante. Qua il fenomeno delle allucinazioni visive e delle voci è posto in analogia, qualche volta in identità, con le voci e le allucinazioni di santi vari nel loro colloquio con i loro superiori celesti. Se il santo tal dei tali per le sue voci e per le sue allucinazioni oltre a non assumere psicofarmaci è stato promosso a santità e venerazione, perché mai per le voci, il delirio, le allucinazioni di un'altra persona si deve intervenire con sostanze psicotrope? Da noi è permesso ciò che la Psichiatria non permette.

Di fatto, quando la persona non trova soluzione ai propri disagi e ai propri bisogni, se ne sta fottendo se la malattia esiste o non esiste.

#### ***Dai bisogni al dominio***

Sul bisogno della persona si impianta la logica delle Utilità che, con la non mantenuta promessa di rispondere al loro soddisfacimento e all'attenuazione delle sofferenze, di fatto crea un circolo vizioso il cui esito produce incremento degli stessi bisogni e delle sofferenze da un lato, e dall'altro l'incremento della delega all'Istituzione, al farmaco e l'aumento del suo impiego e del suo commercio. Con l'Olanzapina siamo di fronte ad un esempio, portato dalle stesse autrici, in cui la diagnosi medica passa proprio in secondo piano dimostrando un suo ruolo e una funzione veramente secondarie rispetto al valore che l'Anti-psichiatria gli attribuisce. Un esempio e solo uno tra i tanti di quanta distanza ci sia tra quanto s'è capito sulla sofferenza e le strutture delegate alla sua soluzione.

Le strutture carcerarie, oggi mantenute a rispecchiamento della democrazia, sono più aderenti alla logica vendicativa della pena e ad una filosofia che ritiene "correttiva" la sofferenza imposta con la privazione di libertà. Rappresentano una maggiore aderenza tra una filosofia di potere e le sue realizzazioni. Nei confronti di ogni meccanismo carcerario e di tutta la filosofia che lo sostiene oltre che nei confronti della sua Economia è chiara, solo per chi lo volesse, oltre che l'individuazione del nemico anche l'impossibilità che il carcere come mezzo possa servire i fini nobili della libertà, dell'emancipazione, della dignità umana, della relazione empatica. Per quanto riguarda la "ma-

lattia mentale” c'è stato un totale sfasamento tra quanto la teoria ha solamente ipotizzato e quanto il dominio ha realizzato con le sue strutture. A partire dalla “180” in poi si è avuta una ulteriore innovazione: ad un pensiero e una teoria che, pur rimanendo sempre ipotetica, ha partorito se non altro la possibilità di uno sguardo diverso sia sulle manifestazioni della sofferenza che sull'uomo sofferente, ha corrisposto una strutturazione dei servizi che ha continuato a riproporre, riprodurre e imporre relazionalità autoritaria molto più adatta ad un carcere che ad un servizio d'assistenza. Le eccezioni, che non sono mai riuscite ad essere d'ampio respiro, hanno confermato le regole. Fino al punto che: *«Chiunque si rivolga a una qualsiasi struttura psichiatrica ospedaliera o territoriale per cercare sollievo o ascolto al proprio “disagio psichico” incontra esclusivamente una risposta di tipo farmacologico. In questa logica lo psicofarmaco risulta una soluzione “valida” per tutte le circostanze e un imbonitore delle contraddizioni individuali e sociali.»*

Ci troviamo di fronte a quelli che chiamiamo i bisogni dell'individuo nel suo rapporto con il resto della società. È sfruttando tali bisogni, sfruttando le difficoltà che l'individuo incontra con la restante società nel tentativo di rispondere a tali bisogni, che si vanno man mano creando relazioni di potere di cui lo Stato, attraverso i suoi uomini, è organizzatore tra i più terribili temibili e mortali. Dove la miseria della sopravvivenza porta a fare debiti troviamo sempre la mano santa di un buon uomo che ci presterà del denaro. Sono in molti quelli che si occupano dei nostri bisogni con la promessa di un dono, dell'abnegazione, della solidarietà che caratterizza la carità pelosa di un usuraio.

Ci troviamo di fronte ad un rapporto di classe, chiamato in modo diverso a seconda del periodo storico ma di cui non cambia l'essenza, che rimane tutt'oggi un rapporto tra dominatori ed esclusi, tra sfruttatori e sfruttati e comunque un rapporto di potere. Quella stessa amata società condanna il rapinatore che va al di là della santità dell'Utilità e della proprietà risponde ai propri bisogni in prima persona e con un'azione diretta contro la proprietà. Tutto può succedere ma non credo che il rapinatore vada dallo psicoterapeuta né richieda allo Stato il riconoscimento ufficiale della sua personalità né della sua azione né del suo modo d'essere.

Non ci sono dubbi che anche in Italia la Psichiatria sia stata un'organizzazione di potere tra le tante. Non si sono dubbi che, dalla “180” in poi tale potere si riorganizza attraverso la Psichiatria di Settore e i Dipartimenti di Salute Mentale, strutture diverse dalla Psichiatria e che a questa hanno offerto grandi possibilità di riciclaggio.

Non ci sono dubbi che organizzazioni come quelle del Dipartimento di Salute Mentale, come quelle delle industrie farmaceutiche che, sfruttando i bisogni non soddisfatti degli individui, si realizzano come mastodontiche e mostruose strutture di potere e di dominio, danno da un lato il senso dell'attuale società Stato ma dall'altro il senso della profonda miseria dell'individuo. È in tale profonda miseria che trova alimento un sempre nuovo dominio compreso quello della Salute Mentale. La speranza, mentre ci si continua a chiedere se qualcosa di questa attuale e inequivocabile società di morte possa o debba essere conservato, è nella richiesta che all'individuo proviene da ogni dove di un attacco distruttivo senza pietà né ripensamenti delle realizzazioni di morte, verso le più ampie opportunità della vita e della libertà; segno di questa nostra attuale miseria ma anche segno della complicità dell'individuo alle sue catene. Niente, proprio niente c'è da conservare o da riformare. Altra cosa è la promozione e la riproduzione di quelle relazioni e di quelle lotte che hanno il senso della vita.

La punta di ferro spinta da una molla innesca una polvere che accompagna una palla dalla canna fino a dentro il cuore dove raffredda la pretesa di bollenti spiriti nel culto della personalità di potere. Volendo, anche questo è un percorso sintelico. Meccanismo semplice e quasi magico. Oggi non ogni piccolo uomo usa l'innominabile pistola allo stesso modo anche se non sappiamo se anche domani ne avremo ancora bisogno. Sperando di no, oggi è tremendo bisogno indotto. Della produzione attuale niente potremo né vorremo utilizzare domani. È eccessivo? È proprio questo domani che ci stanno strappando e che vorremo difendere sulla punta di un ferro qualsiasi esso sia. Avremo ancora bisogno di droghe varie? Non so. Si spera di no. Può darsi di sì. Oggi ne abbiamo bisogno. Forse per conservare e difendere il nostro bisogno del domani? Forse nell'illusione di riprenderci la vita dell'oggi ridotta ad oggetto da gettare ancora prima dell'uso. È proprio sui nostri bisogni che cade l'interesse del potere; è attraverso il suo intervento sui nostri bisogni che ci domina. Indurre bisogni e poi governarli. Ogni oggetto anche da sola e illusoria possibilità d'aiuto viene trasformato in relazione di dominio e in potere realizzato. È secondario che lo psicofarmaco possa o no avere qualità "terapeutiche"; fosse pure miracoloso, che non lo è, in mano al dominio e, meglio ancora, all'interno di una relazione di dominio, viene utilizzato solo in una logica di potere e autoritaria, annullando perfino l'ultimo degli sperabili effetti favorevoli l'autonomia.

**Santo Serenase**

Chi assume psicofarmaci «spesso (...) è inconsapevole degli effetti della sostanza che sta assumendo mentre chi li prescrive ignora, o finge di ignorare, la pericolosità del farmaco stesso e trascura il diritto all'informazione del "paziente".»

La Psichiatria, fino all'attuale Salute Mentale, lungi dalla sbandierata scientificità che non sembra caratterizzare il suo sapere, ha dovuto muoversi tra l'attesa di miracoli e l'intervento di santi vari. Tra questi il "santo Serenase" che, senza considerare il vissuto di chi lo assume, s'è visto partecipe del dileguarsi di una condizione di Bouffée Delirante Polimorfa o come causa di una condizione di Discenesia Tardiva.

Chi assume lo psicofarmaco non sa niente di cosa sta assumendo? Bugiardino! Ma è proprio in questa inconsapevolezza che consiste la relazione tra individuo, Salute Mentale e psicofarmaco?

Riportiamo allora l'esempio del Serenase <sup>(5)</sup> e di quello che una persona potrebbe conoscere, certamente prima dell'assunzione, se le sue condizioni di lucidità glielo permettessero, e certamente in una condizione di libera scelta delle cure psichiatriche come le autrici propongono.

Il Serenase è farmaco antipsicotico il cui Principio attivo è l'aloiperidolo.

Nome e indirizzo del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio: Lusofarmaco - Istituto Luso Farmaco d'Italia S.p.A. - Via Carnia 26 - Milano (Tel. 0228031. Fax: 022803205)

Produttore delle fiale: Famar Manufacturing Chemists (Grecia).

Produttore delle gocce: Berlin Chemie - Glienicker Weg, 125 - Berlino (Germania)

Produttore delle compresse: Berlin Chemie - Glienicker Weg, 125 - Berlino (Germania).

Come su ogni pacchetto di sigarette c'è ormai la controindicazione e l'avviso di pericolo, anche sullo psicofarmaco ci sono le contrindicazioni e i pericoli da cui guardarsi. Senza bisogno dell'Anti-psichiatria, basterebbe già leggere e capire cosa c'è scritto nel foglietto illustrativo, il cosiddetto "bugiardino" per poter decidere tranquillamente di buttare il farmaco nel cestino o farlo assumere allo psichiatra che lo prescrive.

---

5) [http://www.opgaversa.it/Nabuc/java59\\_finestra.htm](http://www.opgaversa.it/Nabuc/java59_finestra.htm)

Tanti altri effetti, come la stessa intensità degli effetti considerati, rimangono fuori bugiardino in quanto dipendenti dalla particolare relazione che si stabilisce tra un organismo particolare e il farmaco stesso oltre che dal vissuto della persona che l'assume anche in relazione al medico proscrittore. Il "bugiardino" è proprio bugiardo non tanto per quanto pur di limitato dice ma proprio per quello che non dice: ogni persona che ha assunto il Serenase potrebbe produrre un bugiardino tutto suo particolare. Tra le controindicazioni del Serenase c'è quanto segue:

«Ipersensibilità individuale accertata verso il prodotto. Stati comatosi, pazienti fortemente depressi dall'alcool o da altre sostanze attive sul sistema nervoso centrale, depressioni endogene senza agitazione, morbo di Parkinson. Astenie, nevrosi e stati spastici dovuti a lesioni dei gangli della base (emiplegia, sclerosi a placche, ecc.). Gravidanza accertata o presunta. Allattamento. Bambini di età inferiore ai 3 anni.»

«Opportune precauzioni d'impiego. Il farmaco deve essere somministrato sotto il controllo del medico psichiatra. Il Serenase deve essere somministrato con prudenza nei seguenti casi:

- pazienti cardiopatici gravi, per possibile transitoria ipotensione arteriosa e/o comparsa di dolore anginoso (non usare in tal caso adrenalina in quanto il Serenase può bloccare l'attività ipertensiva con ulteriore riduzione paradossa della pressione) e, comunque, in soggetti anziani o depressi;

- pazienti epilettici, poiché è stato riportato che Serenase può stimolare convulsioni in pazienti precedentemente sotto controllo. E' anche consigliata cautela in condizioni di predisposizione all'epilessia (per es. astenia da alcool, danni cerebrali) o altri tipi di convulsioni;

- pazienti con allergie note o con una storia di reazioni allergiche a farmaci o con affezioni leucopenizzanti;

- durante la fase maniacale delle psicosi cicliche per la possibilità di un rapido cambiamento dell'umore verso la depressione;

- in pazienti con affezioni renali, glaucoma, ipertrofia prostatica, malattie polmonari acute e croniche a malattie stenose dell'apparato digerente e urinario.

Poiché l'aloiperidolo è metabolizzato nel fegato, si consiglia di somministrarlo con cautela in pazienti con insufficienza epatica. Dosi protratte nel tempo di aloiperidolo determinano aumenti della prolattinemia. Il prodotto deve essere pertanto usato con le opportune attenzioni nelle donne con neoplasie mammarie. In caso di contemporanea terapia antiparkinson, quest'ultima deve essere proseguita dopo la sospensione del Se-

renase, che ha un più lungo tempo di eliminazione. L'aloiperidolo aumenta lo stato di rigidità muscolare in individui affetti da morbo di Parkinson o forme simili o da altri disturbi motori. Esso può inoltre abbassare la soglia convulsiva e facilitare la comparsa di crisi epilettiche. La tiroxina può facilitare la tossicità di Serenase. Pertanto il prodotto dovrebbe essere somministrato con grande cautela in pazienti con ipertiroidismo. La terapia antipsicotica in questi ultimi dovrebbe essere accompagnata da un adeguato trattamento tireostatico. Nella schizofrenia, la risposta al trattamento con farmaci antipsicotici può essere ritardata. Anche se i farmaci vengono sospesi la ripresa dei sintomi può non apparire visibile per diverse settimane o mesi. Sintomi acuti da sospensione inclusi nausea, vomito e insonnia sono stati descritti molto raramente dopo improvvisa interruzione di alte dosi di farmaci antipsicotici. Può anche verificarsi una ricaduta psicotica, per cui si consiglia una sospensione graduata. Serenase non dovrebbe essere usato in monoterapia nei casi in cui la depressione è predominante. Serenase può essere associato a farmaci antidepressivi nelle condizioni in cui coesistono depressione e psicosi. Usare con cautela nei soggetti esposti a temperature troppo alte o troppo basse in quanto l'aloiperidolo può compromettere gli ordinari meccanismi di termoregolazione.»

Ci sono ancora le «Avvertenze speciali. In corso di trattamento con farmaci antipsicotici è stato riportato un complesso di sintomi, potenzialmente fatale, denominato Sindrome Neurolettica Maligna. Manifestazioni cliniche di tale sindrome sono: iperpiressia, rigidità muscolare, acinesia, disturbi vegetativi (irregolarità del polso e della pressione arteriosa, sudorazione, tachicardia, aritmie) alterazioni dello stato di coscienza che possono progredire fino allo stupore e al coma. Il trattamento della S.N.M. consiste nel sospendere immediatamente la somministrazione dei farmaci antipsicotici e di altri farmaci non essenziali e nell'istituire una terapia sintomatica intensiva (particolare cura deve essere posta nel ridurre l'ipertermia e nel correggere la disidratazione). Qualora venisse ritenuta indispensabile la ripresa del trattamento con antipsicotici, il paziente deve essere attentamente monitorato. Il paziente ambulatoriale deve essere avvertito che la sedazione centrale del Serenase può ridurre le capacità mentali e/o fisiche richieste da particolari attività pericolose quali la guida di autoveicoli o di macchinari e che è sconsigliato il consumo di alcool durante la terapia per possibili effetti additivi con ipotensione arteriosa.»

Per la posologia, modo e tempo di somministrazione:

«Il dosaggio dell'aloiperidolo è strettamente individuale e può variare a seconda dell'età, della condizione del paziente, della natura e della gravità dell'affezione, della risposta terapeutica

e della tollerabilità del prodotto. E' comunque consigliabile iniziare con piccole dosi per saggiare la sensibilità individuale. La somministrazione orale deve sostituire quella parenterale appena possibile. A titolo di esempio si fornisce il seguente schema posologico:

Adulti: Come neurolettico - Fase acuta di episodi di schizofrenia, delirium tremens, paranoia, confusione, sindrome di Korsakoff: 5-10 mg i.v. o i.m. da ripetere ogni ora fino al raggiungimento di un adeguato controllo dei sintomi e comunque fino ad un massimo di 60 mg/die. Nella somministrazione orale potrebbe essere necessario raddoppiare le dose sopraindicate. Fase cronica di schizofrenia, alcoolismo, disturbi cronici della personalità: da 1-3 mg tre volte al giorno fino a 10-20 mg tre volte al giorno per somministrazione orale, in relazione alla risposta individuale.

Nel controllo dell'agitazione psico-motoria - Fase acuta di mania, demenza, alcoolismo, disturbi della personalità e comportamentali, singhiozzo, movimenti coreiformi, tics, balbuzie: 5-10 mg i.v. o i.m. Fase cronica: da 0,5-1 mg tre volte al giorno fino a 2-3 mg tre volt. al giorno per somministrazione orale, in relazione alla risposta individuale.

Come ipnotico - 2-3 mg in dose unica per somministrazione orale, la sera prima di coricarsi.

Come antiemetico- 5 mg i.v. o i.m. Nella profilassi del vomito postoperatorio: 2,5-5 mg i.v. o i.m. alla fine dell'intervento. Bambini: > 5 anni di età: iniziare con 0,5 mg (5 gocce della soluzione allo 0,2% o 1/2 compressa da 1 mg), 2 volte al dì. < 5 anni di età: iniziare con 0,2 mg (2 gocce della soluzione allo 0,2%), 2 volte al dì.

Se necessario, queste dosi possono essere adattate progressivamente, a somiglianza di quanto avviene negli adulti; in caso di insuccesso terapeutico il trattamento non va praticato per più di 1 mese.

Anziani: Nel trattamento di pazienti anziani la posologia deve essere attentamente stabilita dal medico che dovrà valutare una eventuale riduzione dei dosaggi sopraindicati.»

Per il sovradosaggio:

«Principalmente intense reazioni extrapiramidali, ipertensione o ipotensione arteriosa e sedazione cui può far seguito uno stato comatoso con depressione respiratoria ed ipotensione arteriosa grave. Da considerare, inoltre, il rischio di aritmie ventricolari associate possibilmente a prolungamento dell'intervallo QT dell'elettrocardiogramma. Pertanto è necessario il monitoraggio della funzione cardiorespiratoria e dell'ECG. Per il trattamento dei sintomi da sovradosaggio si deve praticare la lavan-

da gastrica o l'induzione del vomito e quindi una terapia a base di amfetamina o L-DOPA, alla quale può far seguito una terapia di sostegno: respirazione artificiale o meccanica, intubazione o tracheotomia, infusione venosa di plasma o albumina concentrata o di agenti vasopressori quali dopamina o noradrenalina (non adrenalina), farmaci antiparkinson, farmaci antiaritmici per le grave aritmie.»

Per gli effetti indesiderati: «Effetti sul S.N.C. - Reazioni extrapiramidali - Reazioni neuromuscolari di tipo extrapiramidale compaiono frequentemente, spesso durante i primi giorni di trattamento con Serenase. Si tratta generalmente di sintomi parkinsonsimili per lo più modesti e reversibili. Meno frequentemente si possono avere: irrequietezza motoria, distonia, acatisia, iperreflessia, opistotono, crisi oculogire. Generalmente la comparsa e la gravità di questi sintomi sono in relazione alla dose e richiedono la somministrazione di farmaci antiparkinson o più raramente la sospensione del Serenase. I farmaci antiparkinsoniani di tipo anticolinergico non dovrebbero essere routinariamente prescritti come misura profilattica, potendo questi ultimi diminuire l'efficacia terapeutica di Serenase.

Discinesie persistenti tardive - Raramente e specialmente in pazienti anziani trattati a lungo con dosi elevate di Serenase, possono comparire le seguenti discinesie motorie, persistenti nel tempo: movimenti ritmici involontari della lingua, della faccia, della bocca o della mandibola (ad es. protrusione della lingua, gonfiamento delle guance, masticazione) e talora anche delle estremità. Tale sindrome non ha una terapia specifica, richiede la sospensione del trattamento ed è generalmente preceduta da fine movimenti vermicolari della lingua.

Altri effetti sull'S.N.C. - Insonnia, irrequietezza, ansietà, euforia, agitazione, sonnolenza, depressione, letargia, cefalea, confusione, vertigine, attacchi epilettici in pazienti precedentemente controllati ed apparente esacerbazione di sintomi psicotici, incluse le allucinazioni.

Effetti cardiovascolari - Sono stati riportati episodi di tachicardia ed ipotensione. Molto raramente sono stati segnalati casi di aritmie ventricolari. Nella maggior parte di essi non è stata accertata una relazione di causalità con la somministrazione di Serenase. Questi effetti possono comparire con maggior frequenza ad alte dosi ed in pazienti predisposti. Pertanto l'impiego di alti dosaggi deve essere limitato ai pazienti con bassa sensibilità al farmaco.

Effetti ematologici - Sono stati segnalati casi di lieve e transitoria leucopenia, di leucocitosi, di modesta oligoemia e di tendenza alla linfomonocitosi. Inoltre sono stati segnalati rari



casi di agranulocitosi e trombocitopenia durante il trattamento concomitante con altri farmaci.

Effetti sul fegato - Sono stati segnalati, ma senza una dimostrata relazione causale, casi di insufficienza epatica e/o ittero e di epatite colestatica.

Reazioni dermatologiche - Manifestazioni maculopapulari ed acneiformi, casi di fotosensibilità e di alopecia, eccezionalmente orticaria e anafilassi.

Disturbi endocrini - Galattorrea, ingorghi mammari e mastalgia, irregolarità mestruali, ginecomastia, impotenza, aumento della libido, iperglicemia ed ipoglicemia. Sono stati riportati inoltre rare casi di sindrome da inadeguata secrezione di ADH.

Effetti gastrointestinali - Anoressia, stipsi o diarrea, dispepsia, nausea e vomito, bruciore retrosternale, cambiamenti di peso.

Reazioni vegetative - Bocca secca, ipersalivazione, turbe visive, minzione urinaria, ipersudorazione, edema periferico.

Effetti respiratori - Laringo e broncospasmo, aumento della profondità del respiro. Con l'impiego di alcuni neurolettici maggiori, incluso il Serenase, è stata segnalata la comparsa di casi di broncopolmonite, favoriti probabilmente dalla disidratazione per ridotta sensazione di sete, dalla emoconcentrazione e dalla ridotta ventilazione polmonare; la comparsa di tale sintomi, specie nell'anziano, richiede pronta ed adeguata terapia. Sono stati riportati rari casi di morte improvvisa in pazienti psichiatrici trattati con farmaci antipsicotici, tra cui Serenase. Non è tuttavia possibile stabilire con certezza una relazione di causalità con l'uso di Serenase.»

Quanto abbiamo detto è già inserito nel foglietto illustrativo alla data dell'ultima revisione del foglio illustrativo da parte del Ministero della Sanità: Maggio 1995.

Solo per i bambini è detto che «*in caso di insuccesso terapeutico il trattamento non va praticato per più di 1 mese.*» In tutti gli altri casi la dose giornaliera stabilita, per quanto tempo deve essere assunta? Non si sa. Si sa solo che lo psichiatra l'ha prescritto per lunghissimi anni; molto spesso a vita. Qualche volta alternandolo con l'Haldol... che è la stessa cosa.

Per il termine "posologia" troviamo <sup>(6)</sup>: «Branca della farmacologia che studia la determinazione della dose, cioè della quantità di medicamento, da somministrare al paziente; più comunemente il termine indica la quantità e la modalità di somministrazione di un farmaco in un dato periodo. Deve essere sempre indicata sulla confezione o sul foglietto illustrativo dei me-

---

6) - <http://www.vocabolariomedico.com/dizionario-medico/termine-medico-posologia/5864/>

dicinali.» Relativamente sull'assunzione di un farmaco dobbiamo poterci orientare nel tempo, oltre che nella quantità: quante volte prenderlo in un giorno e per quanti giorni. Significa quanto ne devi prendere, quante volte al giorno e per quanto tempo. Per il diazepam (Ansiolin), si dice nel foglietto che il trattamento dovrebbe essere il più breve possibile. La durata complessiva del trattamento, generalmente, non dovrebbe superare le 8-12 settimane, compreso un periodo di sospensione graduale.

“*Sorvegliato mentale*”, proponendo illuminanti esempi di psichiatri non sembra proporre una reale alternativa verso la quale si potrà rivolgere lo sforzo di ogni individuo teso da un lato a resistere contro gli attacchi alla salute provenienti dalle attuali strutture di dominio, dall'altro a distruggere situazioni che impiegano relazioni di potere, dall'altro ancora nel porsi al di là della Psichiatria e dell'Anti-psichiatria per poter rispondere all'immediato bisogno di salute. Nell'Anti-psichiatria continua ad imperare la Psichiatria, temine ampiamente in uso da parte delle autrici. L'alternativa, se è un portarsi verso un'occasione relazionale totalmente altra, è anche un salto al di là della Psichiatria e al di là dell'Anti-psichiatria. Anche una proposta trans-psichiatrica alla quale ogni individuo, senza esclusione alcuna, si potrà rivolgere a condizione che la sua lotta consideri come discriminante una relazionalità empatica in una metodologia autogestionaria, autonoma, antiautoritaria.

Mentre è ancora in redazione questo scritto, dalla cronaca apprendiamo che l'anarchico Francesco Mastrogiovanni, di 58 anni, è morto presso l'SPDC dell'ospedale San Luca di Vallo della Lucania, durante un TSO. Non l'ha ucciso la Psichiatria ma è morto sotto il regime del Dipartimento per la Tutela della Salute Mentale nata dalle lotte anti-psichiatriche. Tutto è avvenuto secondo giustizia e secondo i diritti umani alla base della legislazione italiana: il DSM ha aperto una nuova cartella, la Giustizia sta aprendo una nuova inchiesta.