



## DIPARTIMENTO

*Il primo dell'anno lo passai immersa nella mia urina, con mani e piedi legati. Ma Alice promette: "Tanto scappo lo stesso".*

### UNA LAMETTA CONTRO LA PSICHIATRIA

a cura di

*Gaetano Bonanno*

*Alice Banfi gliel'ha promesso: "Tanto scappo lo stesso". In un Romanzo la denuncia contro la Psichiatria. La furia delle inutilità della follia. È una malattia l'inganno della follia. Un'ipotesi di moda tra le tante. Torture da democratica dittatura. Una rivolta individuale contro la Psichiatria. Sanitari laureati in Agraria? Se un guazzabuglio è nella cosa delle cose. Chi ha paura della malattia? A trent'anni niente da festeggiare. Il fittizio della cartella clinica. Appunti fuoriluogo e fuori cartella. Chi è arrivato da Alice prima della Psichiatria? La Psichiatria non si può riformare. Il reparto psichiatrico è solo uno dei servizi del Dipartimento. Oltre il dualismo "malattia/non-malattia". Per un approccio trans-psichiatrico. Mente Alice o mente il Dipartimento di Salute Mentale? È meglio rivolgere la lametta contro la Psichiatria che contro le proprie martoriate carni. È facendo a meno della relazione di potere che impareremo a fare a meno del potere stesso. Compagni di cella: Francesca, Conchiglia, Simon, Margherita, Maria Paola, Klara, il biondo ragazzino, Piero, Luigi, Elena, Rosalia, Matteo, Ibrahim, Marta. Qualcosa inquieta di più che se si trattasse di una conclamata malattia. È sempre un movimento relazionale che ci racconta della vissuta sofferenza. Un clima carcerario e da caserma. La complicità degli infermieri nuovi aguzzini. La letteratura post riforma non prescrive violenza e autoritarismo. Come tagliano le lamette nella stanza n°19. L'empatia del drago. Dipartimento: più che scelta assenza d'alternative. Tra l'Istituzione delle Psichiatrie e il monopolio del Dipartimento uno sciamano. Abolire la contenzione deve essere un progetto comune. La solidarietà è un'arma contro la violenza istituzionale. La Psichiatria parte di un più ampio settore medico. Antonucci, Cotti, Basaglia e un'interpretazione socialista della malattia. Nel Dipartimento si sono incontrate più Psichiatrie. Necessità di lotte intermedie. Organizzare Gruppi Autonomi di Base con funzione di difesa. Contro l'Istituzione è urgente sapere di che si sta parlando. L'SPDC esprime la massima violenza del Dipartimento. Necessità dell'azione diretta alla morte sociale a vita. La dignità della fuga, dell'azione diretta non nega la condizione di disagio. Capacità empatica e di*

*solidarietà di Alice. Gli stessi “pazienti” suggeriscono inascoltati la relazione terapeutica. Matti e senz’amore. Non tutti siamo capaci di relazioni appropriate. Una lettura medica a-relazionale della sofferenza a protezione dell’Economia. Uno strumentario sopravvissuto. L’infermiere può stare o con l’azienda o con gli esclusi. L’importanza di convincersi della malattia. Il tacco dell’infermiera aguzzina contro ogni diritto. La pericolosità dei sanitari più che follia è paura del regime. Quelle dei sanitari sono responsabilità e non malattie mentali. Tra Disagio Relazionale e “malattia mentale”. Infermieri che non curano né malattie né malati né persone. Un caso terminale. Qualche volta è meglio morire. Non tutti riescono a farcela come Alice.*

Alice Banfi con il suo Romanzo ha prodotto un lavoro socialmente importante, in quanto critico dell’Istituzione Dipartimentale di Salute Mentale in un momento in cui la stampa, ma non solo, sta ignorando la nuova tragedia che, chiuso il Manicomio, si realizza oggi nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dopo la riforma “180”.

Ecco di che stiamo parlando. Sicuramente con molta presunzione visto che lo facciamo in modo estremamente ridotto e semplificato per un fenomeno più che complesso. In silenzio, senza accorgersene, tra una stranezza e l’altra, tra un conflitto e l’altro, tra un rinviare da un giorno all’altro il domani sempre più speranzoso. Tra un’illusione e l’altra di un atteso invano rifiorire relazionale, tra una manipolazione, un inganno di se stessi, un inganno degli altri, tra una rottura d’amicizie che si ripete su un terreno dove i rapporti amicali sono stati sempre difficili se non impossibili. Tra una violenza, un tradimento, una manipolazione, un inganno, una violenza, un conflitto, una violenza... una violenza, quasi senza accorgersene ci si ritrova da un colloquio informale, ad un colloquio strutturato, ad una psicoterapia, fino al tavolo dello psichiatra, fino al ricovero in un reparto del Dipartimento. Nessun provvedimento, nessuna relazione, nessun rapporto amicale, niente di niente di niente: non un rapporto di comprensione, di vicinanza, di solidarietà, di amicizia, di ascolto, d’accoglienza, d’affetto, d’amore, nessun dono, nessuna carezza, nessun abbraccio,

nessuna parola di pace, nessuna rassicurazione, nessuna promessa, nessuna parola giusta, nessuna mancata parola, nessun atto di abnegazione, nessuna sopportazione di un chiaro sopruso, nessun tentativo di discussione, nessuna ricerca di confronto, nessuna chiarezza, nessuna comunicazione inequivocabile nei contenuti... niente di niente di niente. Nessun perdono, ripetuto, reiterato per le continue umiliazioni di un’ingiusta violenza subita e nessun tentativo d’esserci in ogni caso, nonostante tutto, nessuna mancata garanzia d’aiuto, d’accompagnamento, di cure. Nessuna mancata promessa. Nessun investimento in affetti, in sentimenti, in amore. Nessun investimento in denaro, in doni, in regali. Una specie d’uragano spazza via ogni cosa, ogni relazione, ogni tentativo e prende vie diverse, percorsi diversi fino alla distruzione di cose, persone e relazioni. Nessun realizzato tentativo di relazione empatica, di comunicazione empatica, nessuna metodologia empatica... niente di niente di niente. La relazione empatica è strumento e anche metodologia essenziale e qualche volta, molto spesso, salta pure quella. Nemmeno i nervi che saltano pure al migliore dei Cristi messi in croce. E questo è niente. Senza accorgersene fino al un reparto di Psichiatria. E che c’è di male se in tutto ciò, che ancora è niente, immaginiamo una follia? Che c’è di male se per secoli in tutto ciò abbiamo sperato una malattia? E cosa mai potrebbe spiegare, se non giustificare, tutto ciò, di cui quanto ho detto è appena appena granello di sabbia nel

deserto, se non una malattia? È sempre possibile inventare di sana pianta una sperata ma mai trovata malattia. È una vecchia abitudine ridotta perfino a favola quella del trovarsi il Principe Azzurro che tira fuori dagli impacci, dalle frastornazioni, dalle disperazioni la fanciulla speranzosa. Dopo tutto, la malattia è solo una delle tante infinite ipotesi fiorite attorno alla furia della follia e accumulatisi nei secoli fino al loro coagularsi nell'Istituzione del Male Mentale che tutte le accoglie, tutte le contiene, tutte le lascia agire. Oggi è più di moda l'ipotesi della malattia? Sia pure malattia! Chi ha paura della malattia? Sicuramente non ne hanno avuto Natale, Maria, Giovanna. Sicuramente non ne ha avuto Alice. Questa nel suo *romanzo-denuncia* non è critica incazzata perché qualcuno le ha detto che la sua, tra le tante ipotesi, era una malattia. Gli appunti di Alice rappresentano un documento che, ancora una volta, viene ad esplicitare, da parte di chi la Psichiatria oltre a non essere riuscita ad evitarla l'ha percorsa col sangue, di come il problema non sia, e forse non lo è stato mai, quello di malattia sì, malattia no. Un documento che ritengo interessante non solo perché denuncia i Dipartimenti attuali ma perché, come già aveva fatto Natale Adornetto, risponde alla domanda: *di che stiamo parlando?*

Il lavoro di Alice, che certo non scrive con pretese letterarie, è interessante ancora per il motivo che ci pone un'altra piccante ma appropriata domanda: considerare tutta la situazione di Alice come una "*malattia mentale*" ha semplificato le cose? No. Certamente no e Alice lo racconta in modo inequivocabile. Indubbia quanto ingenua conclusione. La "*malattia*" non ha semplificato, anzi ha estremamente complicato la situazione di Alice, mentre ha semplificato di molto le cose dell'Istituzione Dipartimento: se quello che hanno fatto ad Alice non fosse la richiesta terapia, quella basata sulla medicina delle evidenze, per quella de-

terminata e diagnosticata malattia, medici psichiatri ed infermieri come potrebbero chiamare se non "*torture*" quelle praticate su Alice, quelle che istituzionalmente chiamano cura, terapia e assistenza? Tutto con la benedizione di un santo democratico regime.

Ma il Dipartimento di Salute Mentale tortura oggi come il Manicomio torturava ieri? Per saperlo dobbiamo andare a leggere cosa Alice ci racconta dai non-luoghi della Salute Mentale.

Alice è stata seguita presso Dipartimenti del Nord, tra Milano e Torino. Allora una domanda ce la dobbiamo porre: se al Nord i Dipartimenti sono quelli descritti da Alice, scendendo verso il Sud cosa andiamo a trovare?

I racconti della follia sono sempre racconti della sofferenza e della sopraffazione. Racconti dell'impossibile: di fronte ad una persona che perde un contatto funzionale con la realtà, che si muove in una relazionalità abnorme, difficilmente comprensibile, altra, diversa e diversamente funzionale l'unica risposta di tutte le Psichiatrie continua ad essere quella autoritaria e repressiva. Il racconto di Alice è una testimonianza contro le Psichiatrie odierne ma anche un racconto della rivolta individuale sia attraverso l'attacco, sia attraverso la difesa dall'Istituzione, ma anche attraverso la rivolta individuale, l'azione diretta e senza deleghe, la fuga, il mantenimento di una dignità personale e la scelta e la promozione della relazione empatica alla relazione di potere. Alice dimostra ancora come non è vero che tutti, immediatamente, siamo in grado di relazionarci emancipativamente, con persone che vivono condizioni di Disagio Relazionale. Solo potenzialmente, solo in teoria; in pratica non tutti siamo in grado: quegli operatori sanitari, pagati per questa relazione, non lo erano. Alice ha acquisito, quasi naturalmente, ma non per questo senza sforzo e fatica e sofferenza, la capacità,

direi la professionalità, di relazionarsi con i suoi compagni di viaggio.

La stessa Alice, un bel momento, si chiede: « “COSA STAVATE FACENDO?!” Cosa diavolo stavano facendo? Quale era la cura? Non posso credere che non avessero capito i miei meccanismi, i miei schemi autolesivi e il mio malessere. In cosa si erano laureati tutti quanti? In agraria?!»

La schizofrenia non esiste. E se esistesse io vorrei averla. Giovanna l'aveva detto. Alice lo ribadisce. Non è questione di malattia. Magari fosse una malattia!

Un salto nella *cosa* delle cose. Questa *cosa* che mi sta di fronte è quello che è perché mi viene incontro mentre ad essa vado incontro con il mio laboratorio in un reciproco renderci quello che possiamo e nient'altro d'oltre. In tale reciprocità reciprocamente ci doniamo mentre c'è una cosa ancora, non mia, non del mio laboratorio, non di quella cosa, che intendo come coscienza di me, del mio laboratorio, della cosa, dell'altra cosa ancora. Reciprocità in reciproca relazione in un più ampio flusso relazionale. Il bisogno di un supporto, di un substrato biologico che la giustifichi e la lasci esistere potrebbe rivelarsi solo nostro. Magari fosse una malattia. Me la troverei in un piede, in una mano, nel fegato, nel cuore e proverei a mettermela sotto i piedi, fino a strapparmi dal petto il cuore piuttosto che lasciare la mia carne sorda dormiente insensibile sul tavolo operatorio di lombardi o siciliani mercanti di carne umana in culo all'Ippocrate di tutti i tempi. È che lì non c'è posto, non c'è carne oltre un qualche sconquassato guazzabuglio che sembra coinvolgere, e chissà come, la cosa delle cose. Dire che esiste la “*malattia mentale*”, dire che non esiste, dire che esistono tante malattie mentali quanti sono i neuroni che popolano il nostro corpo, cervello compreso e forse anche più cambia quasi niente della consapevolezza at-

tuale tanto della malattia quando della non malattia.

Tante nel tempo sono state le grida senza suono. Anche Natale, Maria, Gianna avevano inascoltatamente gridato. Le grida non le aveva sentite mai nessuno. Quando si passava davanti all'ospedale Garibaldi di Catania, per tutta la piazza antistante si sentivano le grida dell'inferno. Erano i ricoverati in Psichiatria. Alfredo, un compagno mio, mi raccontava sempre di un signore, un paziente, che sporgeva la sua gamba piagata e sanguinante fuori dalla cancellata di recinzione dove un cane, forse empaticamente, gli leccava le ferite dandogli sollievo. Raccapricciante. Si incominciarono a sentire a lotte inoltrate, in generale da Trieste in giù; ma in molte città, sedi di Manicomio, poco si fece oltre al cambio della targa in STTSM (*Servizio Territoriale per la Tutela della Salute Mentale*) come avevano deciso si dovesse chiamare il Manicomio da allora in poi. Ancora c'era il Manicomio; a quei servizi, eventualmente, si doveva arrivare solo dopo facendo riferimento all'esperienza di lotta contro il Manicomio, che proponeva anche un modo diverso di guardare le problematiche del Disagio Relazionale, e alla legge “180”. In seguito ad una delega allo Stato e ad una legge... come se il Manicomio e la Psichiatria tutta fossero un problema di legge. Con tutta la legge, con il Diritto, in moltissimi casi a quei servizi non si è mai arrivati; hanno solo cambiato il nome ai manicomi chiusi per legge.

Alice non grida da uno di quei manicomi che si vollero abolire, né sta narrando una storia risalente a prima della chiusura dei manicomi. Alice pubblica il suo libro nel 2008 e parla del “*Dipartimento di Salute Mentale*” dei nostri giorni, riportando episodi degli anni 2000/2005, episodi dei nostri giorni. Oggi si chiama “*Dipartimento*”: una nuova iconografia attraverso la quale la Psichiatria si presenta a noi dopo il Manicomio. Alice fa un'operazione l'importanza della

quale non è stata capita da fior di anti-psichiatri: racconta, describe, evidenzia, mette in luce la nuova iconografia della Psichiatria, quella dei Dipartimenti. Esce dalla retorica narrazione di una iconografia manicomiale per portarci dentro l'iconografia attuale che, per moltissimi aspetti, è ancora più violenta e più autoritaria di quella manicomiale: oggi siamo nel 2008, a trent'anni dalla riforma, a quaranta dall'inizio delle lotte contro la logica delle istituzioni totali e a quarant'anni di nuove esperienze e nuovi esempi che la scienza, la politica, l'economia, lo Stato si sono permessi di buttare alle ortiche. Non abbiamo ricorrenze da festeggiare ma, come "*Progetto Contraria-Mente*" partecipiamo con Alice di una pubblica denuncia.

Appunti fuoriluogo e fuori cartella. Certamente la narrazione è presentata sotto forma di pubblicazione, ma Alice non scrive un libro, fa un lavoro molto più importante e prezioso: prende degli *appunti fuoriluogo e fuori cartella* e ne fa strumento di lotta e di denuncia. Quegli anni trascorsi nelle mani del Dipartimento devono servire a qualcosa ed Alice li dona dando loro un senso. Perché? Se quello che scrive Alice è storia di una persona che attraversa il Dipartimento, e se il Dipartimento è ancora una struttura sanitaria, parte del Ministero della Salute, quello che racconta Alice dovrebbe trovare il suo naturale spazio istituzionale nella cartella clinica, nella documentazione sanitaria: quelle di cui parla Alice non sono incidenti di percorso ma i fatti, le azioni, le scelte, le prescrizioni terapeutiche ufficiali dei Dipartimenti di Salute Mentale. Si tratta del tipo di terapia praticata attualmente nei Dipartimenti e se di terapia ufficiale non si trattasse Alice, né chi per lei, non dovrebbe certo trovarsi presso il Dipartimento. Perché allora la terapia di cui parla Alice non si può evincere dalla cartella clinica? Perché quello che succede ad Alice, quello che le fanno non viene registrato nella documentazione sani-

taria? Si vede che quello che fanno ad Alice non può essere detto e deve essere nascosto. Prima di tutto lo nascondono dietro la malattia. Essendo una malattia, i sanitari sono autorizzati alla cura, quindi a quel trattamento di cui parla Alice; nessuno può contestare il tipo di terapia, nessuno può andare a vedere che tipo di terapia le stanno facendo perché lo psichiatra ha una delega assoluta, fino al punto che il trattamento di Alice non si può denunciare come *massacro*, per quello che è, ma deve continuare ad essere considerato come terapia. Perché quella di cui parla Alice non è realmente una terapia ufficiale; nel senso che, ufficialmente i Dipartimenti promettono una cura, una terapia, un'assistenza, concretamente, nella realtà dei servizi, ne garantiscono un'altra venendo meno ad una promessa istituzionale. Gli appunti di Alice sono allora "*fuoriluogo*" perché, se di queste cose si può parlare, è solo nel luogo dei servizi, in camera caritatis, e non certo fuori, in pubblico, nel sociale; sono "*fuori cartella*" perché quelle informazioni, rappresentando la realtà non di una terapia e di un'assistenza promesse ma di un trattamento che tradisce perfino i già insufficienti principi della Salute Mentale per svilupparsi totalmente in una logica manicomiale, di violenza e di autoritarismo, mai potranno trovare spazio di autenticità in una documentazione ufficiale. Ecco allora che la narrazione di Alice, di fatto, è più di un libro; è denuncia sociale della logica manicomiale che continua perfino nelle regioni più ricche del Nord, nei Dipartimenti di Salute Mentale. Alice fa anche un lavoro raffinato, pagandolo sulla propria pelle, perché, pur non ignorandola, non racconta la Psichiatria che fu ma racconta la Psichiatria che si ricicla nella Salute Mentale attraverso una nuova iconografia. Non solo; attraverso una iconografia attuale racconta quanto spazio la pur criticabile Salute Mentale tramite il Dipartimento ha concesso alla Psichiatria di sempre. Fa ancora un'altra cosa: forza

ogni prescrizione sulla privacy. Questa, nata ufficialmente a difesa dell'individuo e della sua comunque calpestata dignità, è divenuta ulteriore strumento attraverso cui l'Azienda Sanitaria organizza una specie di scudo protettivo su se stessa: fuori non si deve sapere cosa succede dentro. Per quanti anni s'è venduta carne umana in Lombardia? Nessuno sapeva niente? La "privacy" in Salute Mentale è un'altra cosa: trattandosi di una malattia, gli altri non devono venire a conoscenza di questa malattia e di conseguenza nessuno deve sapere che cosa stanno facendo ad Alice.

Disturbo Borderline di Personalità. I medici avevano parlato, anzi diagnosticato, la condizione di Alice come "Disturbo Borderline di Personalità". Incominciò con un paio d'anni di analisi e poi approdò alla scuola di Cassano. In altri termini, essendosi rivolta agli psichiatri, questi hanno fatto una diagnosi. Condivisibile o meno che sia il tipo di diagnosi e il tipo di intervento psichiatrico, quando ci si rivolge ai Dipartimenti, lì gli operatori lavorano con gli strumenti che hanno, la diagnosi prima di tutto.

Intanto non è dato sapere, se non ipoteticamente, cosa ne sarebbe stato di Alice se non si fosse rivolta ai Dipartimenti. Manchiamo di questa esperienza e conoscenza. Tra l'altro, mi chiedo, avrebbe avuto la possibilità, se l'avesse voluto, di rivolgersi in cerca d'aiuto ad altri che non fossero psichiatri? Se Alice, con la sua famiglia, avevano bisogno d'aiuto, se hanno scelto di rivolgersi ai Dipartimenti, c'è da pensare, come minimo, che o i Dipartimenti sono gli unici servizi che si occupano di aiutare persone che vivono le stesse problematiche di Alice o che Alice non sia riuscita a prendere contatti con altri che sono in grado di portare aiuto in tali condizioni. C'è anche da ritenere che Alice non sia riuscita a farcela da sola fino al punto di dover cercare aiuto. Possiamo anche pensare, e perché no visto che lo pensano in tanti,

che Alice, non avendo una malattia, non avesse niente, non stesse male, non soffrisse, non avesse nessun bisogno di cure e, per un motivo a noi sconosciuto, fosse finita in Psichiatria... mentre doveva starsene a casa sua.

Quello riservato ad Alice è un trattamento per questa diagnosi? Comunque sia, quello che in questo momento mi chiedo è se, mettendomi dalla parte della Psichiatria, quindi della diagnosi, il trattamento riservato certamente non solo ad Alice, ma di cui Alice ha *beneficiato*, sia quello conseguente a quanto quella stessa diagnosi di una supposta malattia richiede. Uno psichiatra direbbe subito di sì, certamente. Se per quella "malattia" Alice ha ricevuto quel trattamento e se quel trattamento è quello richiesto da una clinica psichiatrica, sia da parte di psichiatri che di infermieri, evidentemente quel trattamento è quello che quel tipo di diagnosi richiede. Se così non fosse, dovremmo necessariamente concludere per una distruzione senza rimedio della Psichiatria che, oltre a cercare non trovate malattie, produce diagnosi in seguito alle quali fornisce un trattamento che niente ha a che vedere con la stessa diagnosi. Dovremmo necessariamente chiederci: è ancora il caso di credere e lasciare credere che l'Istituzione Psichiatrica possa cambiare in senso emancipativo, libertario, terapeutico e di rispetto della dignità della persona?

Di "Psichiatria" dobbiamo oggi parlare. Siamo abituati o male abituati a parlare di "Psichiatria" e, di conseguenza, di Anti-psichiatria. Ne continuiamo a parlare in modo inappropriato; con le stesse modalità con cui parliamo di Stato e Anti-stato. Oggi sono la mafia e le organizzazioni mafiose ad essere state definite Anti-stato. Altra cosa è la lotta contro ogni forma di potere a partire dall'elemento essenziale: la relazione di potere. Di quale Psichiatria stiamo parlando? A partire dagli anni Sessanta dovremmo parlare di Psichiatrie, al plurale.

Se per Psichiatria, in senso classico, vogliamo riferirci a quella dei manicomi, questa Psichiatria non c'è più: s'è divisa e differenziata in più Psichiatrie. Se per Psichiatria ci vogliamo riferire a quella prettamente biologica dovremmo se non altro specificarlo e distinguerla dalle altre Psichiatrie. Se vogliamo riferirci alla Psichiatria Istituzionale, a quella che si pratica attualmente nei Dipartimenti di Salute Mentale, anche se questi rimangono colonizzati da una logica psichiatrica manicomiale, non potremmo parlare di Psichiatria ma di Psichiatrie. Qualche volta, con l'intento di farci capire, anche per l'Italia parliamo di Psichiatria attraverso un'iconografia che non c'è più, d'altri tempi. Abbiamo parlato alla gente di una Istituzione che non c'è più e che non è rappresentabile con una iconografia obsoleta; ci siamo allora fatti capire ma abbiamo privato la gente di uno strumento di lotta, della consapevolezza sulle Psichiatrie attuali. Credo che solo in pochi tra i tanti anti-psichiatrici hanno capito l'importanza del descrivere l'attuale iconografia dipartimentale. Non è funzionale in senso contro-psichiatrico denunciare il Dipartimento di oggi attraverso il Manicomio di ieri. A partire dalla "180" non è più consentita l'ammissione ai manicomi; non si possono più costruire manicomi e la Psichiatria non si deve occupare più di "malattia mentale" quanto di "Tutela della Salute Mentale"... che è tutto dire. A tal fine vengono strutturati i Servizi Territoriali per la Tutela della Salute Mentale che in seguito verranno chiamati Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Tutte le Psichiatrie s'incontrano nel Dipartimento. Dopo essersi distinte, separate, differenziate le une dalle altre, ritornano ad accomunarsi in un clima di pace coatta nel Dipartimento dove l'unico loro prodotto manifesto è una condivisa logica di potere, di dominio, autoritaria, una logica che se diversamente manicomiale trova la sua unitarietà nel massiccio uso della categoria medica e di psicofarmaci. La Psichia-

tria ritrova se stessa nel Dipartimento. Se è vero che il potere, prodotto a partire dalla relazione di potere, accomuna Manicomio e Dipartimento, non è vero che l'organizzazione del potere dipartimentale è uguale a quella manicomiale.

Si può riformare la Psichiatria? Nel Dipartimento, dove ritroviamo non la Psichiatria in senso classico ma quella sua stessa logica prioritariamente autoritaria e di potere, la Psichiatria attuale, comunque chiamata, non si è caricata talmente di tanti connotati negativi che spingere a credere e lavorare concretamente per una sua riforma sia veramente una gratuita e impune pratica di vigliaccheria e di tradimento degli individui nella loro sofferenza?

Peppe Dell'Acqua curatore dell'introduzione al libro, dice che la Psichiatria è riformabile ma non s'è voluta riformare. Stenta a riformarsi.

La Psichiatria non è quell'immaginato neutro comportamento di chi cerca o non cerca, trova o non trova malattia, ma quella applicata metodologia autoritaria, della violenza, del potere, del dominio, dell'uomo sull'uomo, in questo caso giustificato come terapia e cura di una mai trovata malattia. Se la Psichiatria è anche forma di tentativo di conoscenza, come ogni altra conoscenza, arriverà a conoscere sempre approssimativamente quello e solo quello che potrà tra malattia e non malattia. In ogni caso la critica alla Psichiatria non è tanto rivolta alla sua incapacità per non essere riuscita a trovare la promessa malattia, quanto al fatto che si comporta come se l'avesse realmente trovata e al suo *somministrare* una serie di azioni definite terapeutiche di una malattia trovata ma tenuta gelosamente segreta: non l'ha mai confessata; al fatto di giustificare le sue azioni, molto spesso solo ed esclusivamente autoritarie, come adeguate terapie per quella trovata malattia. Come, senza il ricorso ad una malattia, avrebbero potuto diversamente giustificare tutto quello che hanno fatto ad

Alice compreso la segregazione in reparti sotto chiave?

La narrazione di Alice gira solo intorno all'SPDC per il solo fatto che quello è il reparto di sua abituale frequentazione e non certo perché il Dipartimento non c'entra niente. Una critica dell'SPDC che non sia nel contempo più ampia critica del Dipartimento è come volere contestare la sezione nona del Manicomio di Palermo escludendo tutto il resto del Manicomio o come volere contestare l'SPDC "Guadagna", di Palermo, struttura fuori dall'ospedale, senza criticare tutto il sistema dipartimentale della psichiatria palermitana. Quello che hanno fatto ad Alice solo per caso ha avuto come spazio quello dei reparti di diagnosi e cura; oggi il Dipartimento è anche l'SPDC, ma non solo; l'unità centrale, la direzione, lo spazio del pensiero, della programmazione, della decisionalità, del potere centrale, del coordinamento è il CSM, il Centro di Salute Mentale o, in certe regioni, il CPS, Centro Psico Sociale. Deve essere chiaro che quello che avviene nell'SPDC è perché è stato deciso presso la sede centrale rappresentata dal Centro di Salute Mentale (CSM) o perché il CSM l'ha avallato. Allora la domanda che mi pongo non è quella che vuole sapere se la Psichiatria è riformabile, quanto quella che vuole finalmente capire, visto che ancora non s'è capito, se è riformabile il potere e la relazione di potere. Allora, no; senza mezzi termini, no; il potere non è riformabile, lo chiamassero Psichiatria, lo chiamassero pure Dipartimento. Né si può concludere dicendo che, poiché in alcuni Dipartimenti ci può essere solo un po' di rispetto in più per la persona, lì si sia riformato il potere o che sia riformabile il potere. Lì non si è riformata nemmeno la Psichiatria; molto più semplicemente delle persone, degli operatori, sono riusciti a curare altre persone nel loro disagio, in modo più rispettoso e dignitoso che altrove, facendo comunque riferimento non a conoscenze esclusive

quanto a conoscenze comuni a tutti i Dipartimenti. Che comunque non è cosa da poco, come non è cosa da poco sapere che in quei sevizi non ci sarebbe stato spazio per un trattamento come quello riservato ad Alice. La relazionalità può cambiare in senso emancipativo ma solo oltre gli spazi istituzionali, dove l'individuo può scegliere la lotta per la distruzione dell'Economia e della relazione di potere e promuovere la relazione empatica al di là della Psichiatria e dell'Anti-psichiatria.

Di quello che dicono sul "Disturbo Borderline di Personalità" riporterò solo un minimo in modo tale che ognuno si possa rendere conto del rapporto, dal punto di vista psichiatrico, tra la condizione di Grave Disturbo Relazionale che viveva Alice e la terapia (*trattamento terapeutico*) che man mano le andavano praticando. Perché dico ciò? Perché, ancora una volta, il problema essenziale non è quello di capire, come avviene in tutti gli altri casi di patologia, se si tratta di una malattia o meno né di capire se la diagnosi sia giusta o sbagliata. La sua famiglia si rivolge ai Dipartimenti, agli psichiatri, per sapere che Alice ha una "malattia", con un nome e che quella "malattia" fa parte delle "malattie mentali". Di fronte ad una diagnosticata malattia Alice subisce un trattamento che più che facilitare la sua relazionalità aiutandola empaticamente al superamento di difficoltà e di angosce alimenta le difficoltà relazionali scaraventandola in una bolgia infernale realizzando in tal modo scientificamente, istituzionalmente un trattamento separato da un abisso da quanto quella stessa diagnosi istituzionale avrebbe prescritto. In altri termini ci troviamo ancora una volta di fronte ad una Psichiatria che diagnostica mai trovate malattie e tratta quelle stesse malattie in modo assolutamente contraddittorio con quanto la stessa diagnosi prescrive e lascia supporre. La stessa diagnosi, della quale non ci interessa al momento capire



se è corretta o meno, prodotta comunque dallo psichiatra, richiede un trattamento perfino istituzionalmente individuabile e possibile e coerente con se stessa e con i bisogni di Alice, sia da parte degli psichiatri che da parte degli infermieri. Perché mai dovremmo allora continuare a sopportare e supportare un Dipartimento della Salute Mentale che dopo aver prodotto una diagnosi produce anche un trattamento paradossale, totalmente contraddittorio con la stessa diagnosi e che aggiunge un inferno alla già pesante sofferenza della persona e per ultimo chiama pure tutto ciò cura e terapia? Più che tollerare l'inganno psichiatrico o rimanere impantanati nella logica anti-psichiatrica del dualismo malattia/non-malattia, non dovremmo pretendere, fino ad imporre, che coloro stessi che trovano malattie, che dichiarano diagnosi siano poi in grado di curare, prendersi cura e di praticare una corretta e coerente terapia nei confronti di chi a loro si rivolge? Certamente il problema non è degli anti-psichiatri, perché sicuramente loro, non rivolgendosi per le loro situazioni di Disagio Relazionale alla Psichiatria, non avranno di questi problemi. Infatti in questo momento non sto pensando agli anti-psichiatri quanto alla gran massa di gente che, non trovando di meglio da fare, come è avvenuto per Alice, si sono rivolti all'Istituzione. Sto pensando a quello che io, non trovando migliore definizione, chiamo un approccio trans-psichiatrico alle problematiche del Disagio Relazionale; un approccio che vada sia oltre la Psichiatria che anche oltre l'Anti-psichiatria.

Finalmente la "malattia". «Diagnosi Fenomenologica del Disturbo Borderline di Personalità. <sup>(1)</sup>

La Valutazione Diagnostica.

---

<sup>1)</sup> Tratto da : <http://www.psicopatologia.org/borderline/diagnosi.htm>

Il disturbo borderline di personalità è collocato, utilizzando la metodologia di classificazione multi-assiale proposta dal DSM (IV e IV-TR), sull'asse II nel gruppo B (o cluster drammatico-imprevedibile) dei disturbi di personalità.

Dello stesso cluster fanno parte, ovvero condividono gli aspetti drammatico-imprevedibili anche il disturbo istriónico, antisociale e narcisistico di personalità.

Come per ogni disturbo della personalità anche per il BPD (borderline personality disorder) è necessario, prima di una valutazione specifica, considerare i criteri generali per i disturbi di personalità.

I Sintomi del Disturbo Borderline di Personalità.

Il DSM-IV (APA, 1994) definisce il BPD come una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicato da uno (o più) dei seguenti elementi:

sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono. Nota: non includere i comportamenti suicidari o automutilanti (...);

un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;

alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili;

impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate). Nota: non includere i comportamenti suicidari o automutilanti (...);

ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante;

instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., epi-

sodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni);

sentimenti cronici di vuoto;

rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici);

ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.»

Una sintesi veloce di quanto gli psichiatri riferiscono si possa riscontrare in certe persone categorizzate nella diagnosi di “*Disturbo Borderline di Personalità*”. Per chi ne volesse sapere di più basta farsi un giro su Internet per trovare ulteriori possibilità di approfondimento. Già questa sintesi è comunque sufficiente per chi vuole rendersi conto di quale servizio l’Istituzione abbia reso ad Alice e alla sua famiglia a fronte di una individuata diagnosi che tutto sembra poter richiedere tranne che quel tipo di trattamento riservato ad Alice.

Senza bisogno di chiederlo ad altri, è la stessa Alice che dice di avere bisogno di aiuto. È chiaro allora che la richiesta è quella di una relazione d’aiuto, in una metodologia empatica. L’Istituzione Dipartimentale, con le sue infinite psichiatrie non ha spazio né per la relazione d’aiuto né per la relazione empatica. Di più: dichiarano e giustificano il trattamento di Alice come parte della relazione d’aiuto. Diversamente non avrebbero potuto attuare quel trattamento?

«Va tutto bene.» Una magica espressione capace di aiutare Alice a superare momenti veramente difficili. La magia della relazione empatica parlata, comunicata e agita che non sutura i profondi tagli alle braccia ma ne aiuta la cicatrice e previene un nuovo taglio. «*Va tutto bene.*» È così, con le parole della relazione empatica, che si potrebbe titolare il diario di Alice. Un diario clinico. Appunti fuori luogo e fuori cartella. Tutte quelle

parole, tutti quei fatti, tutta quella violenza che mai troverà posto nella documentazione sanitaria, che mai sarà raccontata né da psichiatri, né da infermieri, né da psicologi, né da assistenti sociali.

E poi il drago. Racconta pure la perseveranza di una madre, sempre presente, sempre attenta. Una fortuna per Alice; non tutte le madri possono accompagnare i loro figli, i loro congiunti come è stato possibile alla mamma di Alice «la mia mamma drago». Va tutto bene. L’analisi che Alice ci offre con la sua narrazione raggiunge momenti di raffinatezza e di sensibilità empatica della quale non si sono dimostrati all’altezza tutti gli specialisti che l’avevano preso in terapia. «Mia mamma entrando vide che ero attaccata alla sacca di sangue, un po’ rincoglionita, ma viva. Mi prese la mano e mi disse: “Va tutto bene”. Lo faceva sempre quando andava tutto male. (...) con quelle parole, mi assolveva da ogni colpa e toglieva l’enorme macigno che mi pesava sullo stomaco.» Quel drago con una affermazione semplice come “*va tutto bene*” riusciva a creare una relazione di tale valenza empatica, rilassatezza, tranquillità come non era riuscito a fare nessun operatore psichiatrico né nessuno psicofarmaco. Ci parla allora del bisogno di relazionalità empatica. Di quella relazione che intrattiene con Francesca, la compagna di reparto che ha continuato a scriverle e mandarle regali e a volerle bene anche a distanza di tempo. Ci parla del valore terapeutico degli affetti, dell’esserci attraverso i sentimenti, in momenti in cui predomina un processo di perdita di se stessi, nella dimensione dipartimentale dove la relazione empatica è incompatibile con la logica manicomiale. Impossibile?

Mente il “paziente” o la cartella clinica? Dovremmo prendere l’abitudine di chiedere la cartella clinica dopo ogni ricovero. Su fogli volanti sarà scritto: «*21 Nov. 2003 – Ore 11.00*

*La paziente viene rinvenuta nella stanza n° 19 quasi esanime in seguito ad un (Teac) Tentativo anti-conservativo realizzato attraverso profondi tagli di lametta su entrambi gli avambracci. Subito soccorsa dagli infermieri, viene inviata al Pronto Soccorso per le cure del caso. Alice, nonostante la costante e attenta sorveglianza degli operatori d'assistenza, riesce a compiere l'ennesimo tentativo anti-conservativo.»* Segue elenco di terapia psicofarmacologica che sarà integrata con quella prescritta dal Pronto Soccorso. Di questo tipo può essere il contenuto di un foglio di documentazione clinica rimovibile o sostituibile quando si vuole. Impossibile? Provare a confrontare la cartella clinica dei vari servizi con il sanguigno diario di Alice. Basta solo richiedere la documentazione clinica alla Direzione Sanitaria dei vari servizi dove è stata seguita. Nessun paragone è possibile tra quanto ci racconta Alice e le varie cartelle cliniche che mai avranno come contenuto il racconto di Alice. Allora, qua, delle due l'una: o mente Alice, che si può permettere di mentire quanto, quando e come vuole, o mente la documentazione sanitaria che, per legge e per dovere istituzionale, non deve mentire. O mente Alice o spudoratamente e impunemente continua a mentire la Psichiatria sotto forma di Dipartimento di Salute Mentale. Domanda provocatoria? No; non sto pensando a quello di Alice come un delirio anti-psichiatrico, anzi credo proprio che una come Alice potrebbe raccontare perfino molto di più. Ne conosco personalmente di gente con deliro a tematica anti-psichiatrica, cosa diversa da una critica, da una denuncia e da una rivolta anche individuale contro la Psichiatria. Ne conosco di quelli che per il solo fatto di avere avuto un doloroso percorso psichiatrico ritengono di dover trovare credito a favore di qualsiasi sciocchezza dicano, secondo loro contro la Psichiatria, anche se la puzza del delirio anti-psichiatrico si sente a mille miglia dalla Psichiatria. Ali-

ce è un'altra cosa; come altra cosa è la critica contro l'Istituzione psichiatrica dal delirio anti-psichiatrico, con rispetto per i deliranti.

«Non si dimentica l'orrore. È in questo indimenticabile orrore che la nostra Alice ci porta. L'orrore e gli orrori della psichiatria che resiste al cambiamento, che sopravvive a se stessa mentre annienta le persone.»

La psichiatria non si riforma. Dopo più di quarant'anni l'inganno riformistico della Psichiatria deve finire. Non si riforma la Psichiatria. Trent'anni di "180" sono stati abbastanza chiari in tal senso. Semmai si riforma nel senso del formarsi nuovamente nella logica di sempre. Caro Pepe, solo questioni di punti di vista? Non è che la Psichiatria resista al cambiamento; per la Psichiatria non è possibile cambiamento che non snaturi se stessa. Credo, invece, che dovremmo guardare, come dici tu, con occhio diverso per vedere di come in realtà il cambiamento proposto abbia lasciato delle radici sulle quali la Psichiatria si potesse reimpiantare più folta e più vegeta di prima. Un cambiamento che ha avuto, oltre a tutti i meriti riconosciuti, la funzione di una boccata d'ossigeno per la stessa Psichiatria. L'innovazione della Salute Mentale s'è innestata sulla Psichiatria come un olivo si può innestare sull'olivastro il cui impianto botanico prevede, già nella potatura, il suo ripresentarsi all'olivo più folto e più vegeto di prima. Di quella vegetazione che io chiamo polverizzazione del Manicomio sul territorio.

Dipartimento? Né accoglienza né medicazione. La Psichiatria post-manicomiale, quella dei Dipartimenti, l'hanno ormai raccontata in tanti assieme ad Alice. Quanti ne devono cadere ancora vittime di un più moderno inganno prima di farla finita con l'inganno della riforma psichiatrica? Luogo dove le persone «vengono accolte e medicate»? Anche il Manicomio nasceva con la buona promessa che le persone venissero accolte e

medicate. Ci pensi se l'avessimo detto nel tempo del Manicomio! Da quello che dice Alice non sembrerebbe. Quella dell'accoglienza e della medicazione è una promessa mai mantenuta. Dove ci sono, e ci sono, «sofferenze acutissime, abissi di terrore, incontrollabili voci ora paurose ora suadenti, visioni angeliche e diaboliche», il "repartino" psichiatrico, servizio del più ampio Dipartimento di Salute Mentale, non certo del Manicomio, non risulta essere né luogo dell'accoglienza né della medicazione. Niente dell'indicibile gelo, del deserto senza fine di emozioni e relazioni rese irriconoscibili e insostenibili può essere accolto da quel servizio. Un luogo buono? Alice, e noi sappiamo che non è l'unica e sola, dice di no. Un luogo che può essere buono o cattivo? Vorrei tanto essere d'accordo con te. Se un luogo è anche uno strumento, un coltello può servire per tagliarmi il pane e ad Alice per tagliarsi le vene. Ma qua stiamo parlando non solo di un luogo quanto di un luogo che attraverso il potere e le sue finalità funziona come istituzione.

Tra occasioni empatiche e luoghi d'esclusione. I luoghi costruiti dalla Psichiatria comunque chiamata sono utilizzati esclusivamente nella logica della Psichiatria. Una modalità diversa di vedere e di guardare le problematiche del Disagio Relazionale fino al Grave Disturbo Relazionale ha bisogno, più che di luoghi, di *occasioni per una relazionalità*, empatica e non certo di potere, che si faccia capace di accogliere e comprendere la persona in condizioni di Disagio Relazionale. Il luogo, in tale ottica, finisce di essere occasione della Psichiatria per farsi occasione delle persone e del loro bisogno di promozione relazionale.

L'SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) è ancora sì un luogo ma anche un'occasione per la Psichiatria. È una questione di logica psichiatrica che rimane tale e quale e che, eventualmente, più che luoghi produce nonluoghi; di una

logica dove non c'è spazio per la relazione empatica, per la promozione relazionale, per ascoltare, per vedere, per comprendere, per dare vicinanza, per confortare, per promuovere solidarietà. E questo Alice lo dice ma lo agisce pure; ha indicato a tutti, operatori sanitari compresi, cosa occorre per creare occasioni terapeutiche ed empatiche. Non è una novità che l'SPDC sia quello raccontatoci dagli appunti *fuoriluogo e fuori cartella* di Alice. Non credo che abbia importanza sapere con quali promesse sia nato in quanto anche ogni Manicomio è nato sempre con una buona promessa. Né credo nemmeno che si possa parlare dell'SPDC prendendo ad esempio un reparto psichiatrico in Italia che, forse, funziona un po' meglio degli altri. Se confrontiamo le promesse, e le premesse, con cui nasceva il Manicomio e quelle con cui è nato il Dipartimento, di cui l'SPDC è parte, questo, e mi riferisco a tutto il Dipartimento e non solo all'SPDC, s'è caricato di tali e tanti connotati così negativi che, al confronto con i connotati manicomiali, risultano oggi essere più vergognosamente autoritari.

O relazione empatica o relazione psichiatrica. «una psichiatria che fa fatica a rinnovarsi»? Potrebbe essere; solo che quando la Psichiatria si rinnova ci troviamo di fronte ad un modo di essere, ad un modo di relazionarsi che niente ha più a che vedere con la Psichiatria. Ci troviamo di fronte alla relazione empatica antiautoritaria non vincolata all'essere di una condizione malattia o non-malattia.

Persone come Alice che «possono ora parlare»? questo lo è grazie alla Psichiatria più o meno rinnovata? Se Alice può parlare non è certo grazie alla Psichiatria né grazie al Dipartimento ma parla nonostante la Psichiatria riciclata nel Dipartimento. Perché Alice riesce a parlare? Per capirlo dovremmo imparare a guardare oltre la Psichiatria, in quell'oltre che la riforma, pur nella sua generosità, ha ucciso.

Ma quando riesce a parlare Alice? Solo fuori dalla Psichiatria. Tutto qui? No. Non è certo per una Psichiatria riformata che Alice può parlare. Parla solo perché c'è chi ha scelto e deciso di ascoltarla finendo di dare fiducia al Dipartimento per dare fiducia alle persone e agli individui.

Di che stiamo parlando. Non certo di una malattia quanto di una persona e di un suo bisogno d'aiuto. Sembra che qualche segno di preoccupazione incominci ad apparire a cinque anni quando Alice incomincia a darsi, come meglio si leggerà nel suo diario, pugni sul naso fino a farselo sanguinare abbondantemente. Ci sono dubbi che chiunque di noi veda un comportamento non occasionale di questo tipo, in un proprio figlio, un qualche problema se lo ponga e una qualche preoccupazione se la metta? Una bambina che si da pugni sul naso fino a farselo sanguinare, in una serie d'occasioni ripetuta nel tempo, ha una qualche malattia in senso medico? Non c'è niente che ce lo dica, ma man mano che le cose vanno avanti c'è qualcosa che inquieta di più che se si trattasse di una conclamata malattia. Uno psichiatra della scuola di Cassano l'ha diagnosticato come affetta da "*Disturbo Borderline di Personalità*" con relativa terapia.

Alice continuava tra anoressia, vomito, bulimia, epatite alcolica, fino al ricovero. Solo alcuni degli aspetti. E poi continuava: «spesso mi procuravo tagli gravi sulle braccia che richiedevano suture». «Pesavo ventotto chili, mi tagliavo, finendo al pronto soccorso due volte a settimana, non ragionavo più.» Malattia o non-malattia è questa una condizione che lascia pensare ad un bisogno d'aiuto?

Numerosi ricoveri; tre mesi in clinica per anoressia, tre settimane per bulimia, un altro ricovero per abuso di alcol. Tutta una serie di episodi che chiunque non dubiterebbe di chiamare "*malattia*". Ma qual è la malattia, in senso medico biologico che possiamo trovare, o che

abbiamo trovato alla base di tanti episodi di Alice?

Mai nessun è arrivato prima della Psichiatria. Alice ci racconta di una sofferenza per la quale non è possibile trovare una qualche malattia, ma che non è possibile ignorare, per la quale appare impossibile trovare una soluzione che non sia di tipo istituzionale. E d'altra parte credo che racconti proprio la verità: è arrivato mai qualcuno di Anti-psichiatria, prima che arrivasse la Psichiatria, ad aiutare Alice; o c'è stato mai qualcuno che ha detto, di Alice, e non certo in generale di tutte le sofferenze degli uomini, quale sia quell'aiuto alternativo alla Psichiatria necessario per lei? Avrei fatto un altro tipo di ragionamento se Alice avesse deciso di morire. Non l'ha deciso; ha mostrato forse una sua condizione di disagio con una comunicazione diversa da quella che avrebbe utilizzato un'altra persona, ha posto una tutta sua particolare richiesta d'aiuto, ma non ha deciso di morire. Allora è con questo Disagio Relazionale che ci si deve confrontare.

Voleva essere «essere libera di bere senza che nessuno mi facesse la predica, libera di urlare, di picchiarmi, di dare i numeri senza essere giudicata.»

Per tutto il diario di Alice ci chiederemo dov'è la malattia e non lo sapremo dire; come se lo saranno chiesti alcuni di quelli che l'hanno avuta in cura senza mai avere trovato la malattia nonostante la diagnosi. Ma cos'è e dov'è situata quella che chiamano Disturbo Borderline di Personalità? Credo che chiunque però ascolti il racconto di Alice manifesti un sentimento di empatia che porta a concludere che Alice ha bisogno di aiuto e che qualcosa per lei si debba fare. Un sentimento che è indipendente dal come poi noi chiamiamo la sua sofferenza.

La tortura dei farmaci. Alice parla di farmaci ma parla anche di effetti collaterali. «Serenase ed Entumin, due neurolettici. Avevano gli stessi terribili effetti

collaterali (...). Camminavamo tutti e due su e giù per il corridoio, piegate con la schiena a 90°. Lei teneva le braccia piegate e le mani rigide come se fosse una Barbie, a me di tanto in tanto si torcevano le caviglie e tutto il piede e la mano mi si chiudevano con un forte crampo. Continuavamo ad andare in bagno a far pipì, ma non ci veniva. Cercavamo di stare ferme, ma i piedi si muovevano da soli. Era una tortura.»

Una persecuzione con la pretesa di volere costituire terapia; riportata con puntualità e puntigliosità in una serie di episodi di gratuita violenza e senza fine.

Un sentimento di violenza. C'è di tutto; c'è la vita di reparto e c'è il potere di sempre immediatamente espresso da tutti i personaggi "operatori" che circolano in un reparto. «Mi misi a fare un collage (...). Sprigionava gioia. Vennero tutti a vederlo, anche il primario, e a ordinarlo di toglierlo: "queste cose... in ospedale non si fanno!" (...) Arrivò un inserviente e lo tolse tutto. La mia opera fu distrutta. (...) Mi sentivo violata.»

C'è il clima e la realtà di subordinazione, dal primario all'ausiliario, che si respira in ogni caserma, in ogni carcere; tutti d'accordo nella creazione e nel mantenimento di una realtà di potere, di violenza, di subordinazione, di dominio, di gerarchia, all'ultimo gradino della quale sta la persona cartellata, ricoverata, diagnosticata, in terapia, la persona che in quei posti si trova con la promessa di cura e di guarigione. Tutto ciò alla faccia dell'etica della scienza medica e della scienza infermieristica, alla faccia di ogni profilo professionale degli operatori sanitari, alla faccia di ogni codice deontologico.

Violenza organizzata. Una violenza giustificata, razionalizzata, disposta dal primario psichiatra, dal responsabile, a scendere a scendere fino all'ausiliario, senza opposizione alcuna, e spiegata come scientifica, come parte della cura, come atto sanitario. La terapia è il Sere-

nase ma è anche strappare dalle pareti il lavoro dei pazienti realizzato nel tentativo di rendere meno mortale la residenza presso l'SPDC. Che poi tale violenza non sia prevista nemmeno all'interno della letteratura della Salute Mentale non fa testo: un'azione è scientifica e terapeutica basta solo che sia lo psichiatra ad averla prescritta. Ci sono poi gli infermieri, oggi laureati, dottori in Infermieristica, che eseguono pedissequamente prescrizioni mai prescritte dagli psichiatri, e vanno anche abbondantemente oltre, senza l'ombra del minimo dubbio, facendo rientrare tutto in un processo assistenziale. Ma perché gli infermieri scelgono di essere complici?

Ingiustificabile autoritarismo. Allora Alice racconta ancora una logica, quella delle relazioni di potere, di dominio, che niente hanno a che vedere nemmeno con la cura ufficiale e che descrivono di quanto la logica manicomiale si sia riciclata nei Dipartimenti di Salute Mentale.

Tale realtà manicomiale, tale comportamento delirante da parte degli operatori che Alice incontra, repressivo, violento, autoritario, non è assolutamente nemmeno giustificabile con quanto si evince anche da una pessima letteratura psichiatrica; non è giustificabile nemmeno da chi è apertamente e tassativamente convinto che quella sofferenza sia una "malattia mentale". Non c'è niente, a livello di legislazione, a livello di metodi, a livello di pratiche, a livello di letteratura né medica, né infermieristica, né psichiatrica che possa giustificare un tale clima di violenza, di autoritarismo. In tutta la letteratura ufficiale, né nella "180", né nei *Progetto Obiettivo*, né nelle varie legislazioni regionali relative ai Dipartimenti di Salute Mentale, tutti allineati e coperti sotto la logica della malattia, non è mai prescritto autoritarismo o comportamento di violenza. Anche per chi è convinto della validità terapeutica dello psicofarmaco

(*in verità in pochi*) non è prescritto che le persone debbano essere ridotte a zombie. Le teorie che si conoscono, anche quelle ufficiali, non prescrivono violenza ed autoritarismo. Spesso sono perfino minuziosamente rispettose, sempre per quanto lo possono essere all'interno di una logica psichiatrica, della persona. Allora è l'organizzazione istituzionale, l'organizzazione di potere, la relazione istituzionale, la relazione di dominio che trasforma anche quella che può essere una prescrizione di cura in una pratica autoritaria e di dominio. Di fatto quello che si pratica è, nella maggior parte delle situazioni, lontano, assai lontano, dalla teorizzazione per quanto criticabile possa essere. Oltre la soglia dei vari convegni, nei servizi si realizza la logica della manicomializzazione di sempre. Non è allora una questione di malattia/non-malattia. È un grosso limite e un rischio di paralisi rimanere fossilizzati e asfissati in tale dualismo come avviene sia per la Psichiatria che per l'Anti-psichiatria. È allora necessario un punto di vista transpsichiatrico che, se si muove in una prospettiva di distruzione della Psichiatria, possa, intanto oggi, organizzare la lotta sia con chi decide di rivolgersi ai Dipartimenti sia con chi decide di rivolgersi ad altre risorse, indipendentemente dal fatto che consideri la sua una "*malattia*" o una chiamata del Signore.

Il teatro della stanza n° 19. Senza entrare nelle scelte di Alice, anche quelle comunque non meno violente delle altre, il lettore sarebbe tentato di dire: perché quella lametta non la rivolgeva alla faccia di quegli operatori dalla violenza professionale? Una relazione di causa ed effetto? Dopo l'attentato del primario cosa fa Alice? «La sera presi asciugamano, sapone e lametta. Andai nella stanza n°19, quella con la vasca da bagno (...). Presi la lametta e mi tagliai, più volte, profondamente. In un attimo l'acqua era diventata tutta rossa. Avevo preso le arterie.» Il primario alla mamma di Alice: «"in tutta

coscienza, devo dirle che sua figlia è un caso terminale, o si ammazza lei, o la uccidiamo noi con i farmaci. Non c'è nessuna possibilità, forse una su un milione. Quindi è meglio che se la porti a casa, noi la dimettiamo.»

«Gli infermieri, anche i più validi (...) influenzati dal primario, erano stati convinti che io non ce l'avrei fatta, che sarei morta.» Un momento d'evasione era la stanza n° 19. Eppure bastava poco. Così poco che nessuno l'aveva potuto capire? Alice in molte occasioni dei suoi appunti fuori cartella ci lascia spazio per individuare una qualche relazione tra il suo ferirsi e l'oppressione di quel posto sia per gli aspetti fisici che per quelli relazionali legati al personale. La stanza n°19 era unico grande testimone di quanto enorme fossero la sofferenza e la violenza istituzionale integranti la già enorme sofferenza e angoscia legata alla personalità di Alice.

Impossibile arrivare prima. Provatelo ad andare a leggere nelle cartelle cliniche, nelle cartelle infermieristiche e vedrete quanto di tutto quello che narra Alice c'è scritto. Alice ripropone il problema della contenzione che, nei reparti da lei frequentati è pratica comune e abitudinaria. Una contenzione giustificata, da tutti gli operatori che la praticano; teorizzata come parte della cura, come atto sanitario; ritenuta perfino scientifica, come ogni altra pratica psichiatrica, per il solo fatto che viene disposta per decisione dello psichiatra.

Alice, con la sua rivolta individuale, dove la metteresti nella Psichiatria o nell'Anti-psichiatria? Se "anti" in anti-psichiatria è prefisso di chi si oppone alla Psichiatria volendo arrivare prima della Psichiatria, Alice non è Anti-psichiatrica, non è riuscita ad arrivare prima. Non è arrivata lei ma non è arrivato nessuno. Arriva sempre dopo della Psichiatria, si ricovera di continuo, fino a viverci residenzialmente nei reparti. Il problema è comunque anche rappresentato dal fatto

che l'utilizzo dei servizi del Dipartimento per Alice e per la sua famiglia non è una scelta ma una mancanza di alternative.

Tra bisogno di cure e bisogno di niente. Il bisogno di niente di chi non ha una "*malattia mentale*" mi fa pensare al *bisogno di non avere bisogni* delle persone diagnosticate come "*schizofreniche*". Detto in altre parole, se non l'ha saputo il Dipartimento come aiutare Alice, non l'ha saputo più nessuno. Paradossalmente, le conoscenze, per quelle che sono, miranti a portare aiuto e assistenza a persone che vivono le stesse condizioni di Alice sono depositate e custodite proprio nelle casse dell'Istituzione "Psi". Non ci sono altri saperi, riconosciuti, che si sono occupati di quel tipo di sofferenza nella prospettiva di un superamento dell'impossibile disagio e di una buona salute. Le altre conoscenze sono quelle di chi dice: *non hanno niente, non hanno sofferenze in quanto non c'è una malattia, lasciateli stare in pace, non hanno bisogno di niente*. Sembrerebbe strano ma anche questa è una conoscenza né meno né più approssimativa di tutte le altre. L'importante sarebbe che chi sta male potrebbe scegliere a quale conoscenza e a quali saperi potere afferire per stare meglio. Anche quella di chi parla, cerca e perfino trova *malattie dell'anima* è una conoscenza.

Una lotta trans-psichiatrica. Credo allora che Alice non si possa dire né psichiatrica né anti-psichiatrica, mentre il lavoro che comunque fa su se stessa, pure inciampando più volte, le sue azioni, che per me hanno il senso della vera e propria rivolta individuale contro la insostenibile realtà del Dipartimento, che porta avanti durante i suoi ricoveri, hanno il senso di una lotta trans-psichiatrica. Alice non ha riconosciuto la Psichiatria come non ha riconosciuto gli psichiatri con i quali comunque si è confrontata ed ai quali ha comunque indicato anche la via; ha dovuto capire cosa e come fare in mancanza di

alternative e ha dovuto lottare cercando di strappare all'Istituzione il meglio che poteva, indicando, spesse volte lei stessa, quali potevano essere i percorsi preferenziali. Anche l'Istituzione "Psi" ha delle risorse in sapere e conoscenze che avrebbero potuto portare sollievo ad Alice, ma non è in grado di accedere a quelle risorse per una sua essenziale organizzazione nella logica di potere e dell'Economia.

Allora il senso del discorso che individuo in Alice qual è? Vengo da te perché non ho altri a cui io mi possa rivolgere però cercherò di costringerti a darmi il meglio e ti attaccherò quando più che curarmi mi massacrerai. Che poi Alice rivolgeva le sue armi spesso contro se stessa e non contro chi le faceva del male è certo un modo strano di usare le armi oltre che una cattiva abitudine. Era anche una scelta e va considerata. Che poi in questa lotta sia rimasta isolata è un altro paio di maniche che non può riguardare Alice mentre riguarda tutti noi critici della Psichiatria.

Non m'interessa quel Dipartimento che, ridando unitarietà a tutte le Psichiatrie, dichiara non trovate malattie mentali ma riesce solo a massacrare la gente come ha fatto con Alice; come non m'interessa quella Anti-psichiatria per la quale, specularmente alla Psichiatria, sostenendo l'inesistenza della "*malattia mentale*" conclude dicendo che non hanno niente, che non soffrono perché non hanno una malattia, che hanno solo bisogno di essere lasciati in pace, di essere lasciati stare o concludono, con il riduttivismo di un'analisi socialista, promettendo e giurando su un socialismo terapeutico.

Indipendentemente da quale sia il gruppo di appartenenza, ogni decisione, ogni scelta, ogni azione critica contro il Dipartimento di Salute Mentale non può non tenere conto di un progetto per abolire immediatamente ogni forma di contenzione. Abolire la contenzione deve allora diventare un progetto di tutti i gruppi e di tutte le individualità critiche nei confronti



della pratica psichiatrica. Deve essere un progetto degli individui, trans-psichiatrico. Deve costituire l'affinità, a partire dalla quale, gruppi e individualità, possono portare avanti ulteriori iniziative di lotta comuni. La lotta comune, che ha per affinità progetti che impediscono che si continui a legare, contro la logica dei Dipartimenti, che è logica di potere; che non richiede nessuna tessera di appartenenza; non appartiene a nessuno, né alla Psichiatria né all'Anti-psichiatria, ma è lotta portata avanti sulla base di affinità di metodo e progetto e per questo motivo lotta trans-psichiatrica. È anche rivolta individuale. Alice, quando andava a liberare i suoi compagni di reparto legati, non stava avendo un comportamento né psichiatrico, né anti-psichiatrico mentre si stava vivendo una relazione empatica attraverso un'azione che era nello stesso tempo un atto per lei terapeutico ma anche di rivolta contro la Psichiatria. Ogni atto di rivolta individuale è sempre anarchico e, quello di Alice, era sicuramente trans-psichiatrico, in un'ottica di solidarietà, di mutuo appoggio, nella metodologia dell'empatia: Alice per poter fare quello che ha fatto doveva vedere se stessa messa in croce lì, nello stesso letto, dove venivano legati, scherniti, violentati e abbandonati i suoi compagni.

Solidarietà contro la Psichiatria. «nessuno gli aveva portato da bere. (...) lo aiutai a bere, le sue labbra erano secche. Non avevo le mie lamette per slegarlo. Gli dissi: "Fa' silenzio, non parlare". Cominciai a mordere le fascette di cuoio e lo scotch che le stringeva ancora di più. Masticai e morsi, in ginocchio, al buio, nel silenzio. (...) iniziai a insalivargli i polsi e il palmo della mano. Con calma tirai e le mani, scivolando fuori dalle fascette, furono libere. Feci lo stesso per i piedi, ma ci misi più tempo e più fatica. (...) Alla fine lo guardai (...) Piangeva in silenzio. Mi prese una mano e me la baciò tutta, riempendomela di bava e lacri-

me. (...) Me ne uscii dalla stanza e chiusi la porta.»

Quella era la rivolta di Alice; un momento importante in cui capisce e sceglie che è meglio usare la lametta e i denti contro la Psichiatria, in solidarietà con i compagni di sofferenza, che contro le sue già tormentate carni. Come si evince da quello che dice la stessa Alice, la sua scelta è un'azione altamente terapeutica ed emancipativa; non è una critica dei "pazienti", della Psichiatria, dell'Anti-psichiatria; è una critica che parte dall'individuo, indipendentemente dalla posizione nella scala contropsichiatrica. In nessuna parte di quello che dice Alice è evidenziato né solo affermato che la sua sia stata una lotta anti-psichiatrica né genericamente contro la Psichiatria né tantomeno trans-psichiatrica. Alice ha usato la Psichiatria, gli si è rivolta in cerca di aiuto, ma non per questo si è sentita obbligata ad avallarne la violenza e l'autoritarismo sotto la promessa della cura. La sua è una critica che parte dall'individuo che si trova in certe condizioni; una critica che proprio in quanto trans-psichiatrica è prima di tutto individuale.

Scienza e coscienza della Medicina. Non abbiamo fiducia nel Dipartimento perché abbiamo fiducia nella Medicina? In Lombardia, dove la Sanità è all'avanguardia da tutti i punti di vista, meta dei *viaggi della speranza*, i medici hanno venduto carne umana operando gente che non aveva bisogno di nessuna operazione o asportando loro un organo senza che ce ne fosse la necessità chirurgica? Tutte dicerie! Tutte invenzioni dei nemici del Governo. Non ci rivolgeremo più ai medici e ci rivolgeremo agli sciamani? Fino ad ora i medici che abbiamo conosciuto hanno lavorato con scienza e coscienza, dovremo forse aspettare che, preso il potere da parte dei proletari, nei reparti degli ospedali si porranno non più medici poco illuminati da scienza e co-

scienza ma solo medici onesti, preparati, coscienti, guidati dal lume del partito?

Antonucci: uno svantaggio di potere. Il potere non è un pezzo unico né un cuore unico. C'è potere e potere. Se questo parte dalla *relazionalità individuale di potere* che prende il sopravvento su una relazionalità empatica tutti siamo in svantaggio di potere. Senza bisogno di pensare esclusivamente al potere dello Stato, comunque non indifferente e comunque distruttivo. Già nel 1978 quando Dacia Maraini lo intervistava Giorgio Antonucci diceva: «Per i medici tradizionali queste persone hanno un difetto nel cervello quello che viene chiamato malattia mentale, un difetto che non gli permette di avere una vita sociale accettabile. Secondo la legge, che ora è stata abolita, erano segregati perché pericolosi a se stessi e agli altri, propensi a creare scandalo pubblico. (...) più o meno un guasto al cervello, derivante da una debolezza congenita. Secondo me invece i degenti non hanno assolutamente niente di diverso dagli altri, solo che si sono trovati in situazioni sociali difficili, di svantaggio nei riguardi del potere. (...) nel '68 si è incominciato a discutere pubblicamente sull'esistenza o meno della malattia mentale. Io ho lavorato con Basaglia nel '69. Lui la malattia mentale la vede come una cosa dinamica che investe le persone meno resistenti. Per me la psichiatria è un'ideologia che nasconde i problemi reali delle persone ricoverate. Freud stesso diceva che occupandosi dei conflitti nevrotici aveva smesso di fare il medico e si era messo a fare il biografo.»

Da come farli uscire a come non farli rientrare. Per fare uscire la gente dal Manicomio e per non farla più rientrare né nei Manicomi né nei Dipartimenti occorrono percorsi diversi. Critica condivisibile, anche se parziale, ma non in senso deterministico e anche se non viene a dirci molto su come poi concretamente poter essere d'aiuto a persone che vivono condizioni di Disagio Relazionale. Per que-

sto dobbiamo guardare cosa Antonucci faceva per tirare fuori le persone dal Manicomio; cosa ben riuscita e ben fatta ma comunque cosa completamente diversa da quello che occorre per non farglielo rientrare. Come farle uscire è sfida che appartiene ad un'altra iconografia di Psichiatria; come non farle entrare è una sfida che oggi appartiene a tutti noi in una situazione di Dipartimento che presenta a noi una iconografia completamente diversa da quella manicomiale, molto più scientifica e molto più ingannevole. Il problema non era per Alice come farla uscire dal Dipartimento, che sarebbe stata cosa facilissima anche in situazioni da TSO. Il problema era, o sarebbe stato, come non farla più rientrare nel Dipartimento.

Cotti e il Socialismo contro la "malattia". Cotti negava il significato scientifico della malattia mentale. «Una società completamente diversa dall'attuale, nella quale la democrazia ed il socialismo, veri, abbiano fatto sparire la paura, non avrà bisogno di psichiatri.» «Dare ostracismo alla psichiatria: la psichiatria di per sé non ha ragione di sussistere perché si ha a che fare con problemi diversi di volta in volta, sociali, morali, al limite anche politici, ma mai problemi medici. A tutti i costi bisogna portare avanti il "Delenda Cartago" della psichiatria. (...) Lo stesso discorso vale per la psicoturgia in tutte le sue forme. Ma tutto questo è legato alla psichiatria, al suo aver voluto essere medicina, al suo aver voluto affrontare con atteggiamento curativo, medico, le cosiddette malattie mentali. Allora come si può sostituire questo concetto di malattia mentale? Io credo che la malattia mentale debba essere vista come una difficoltà di un gruppo, mai di un individuo solo. Non esiste un individuo con difficoltà psicologiche che non appartenga ad un gruppo che non abbia difficoltà psicologiche, nella mia pratica professionale non è mai successo. E la difficoltà del gruppo sta nel vivere con

le regole comunemente accettate dagli altri, queste regole non le si riesce ad affrontare perché si ha paura e questa paura ce la si trascina fin da piccoli.» E allora? Cotti negava la malattia?

Problema sociale e non medico. E Cotti arriva Marx: «Marx aveva sostenuto che la religione è l'oppio dei popoli, ma anche la malattia mentale può servire come oppio o droga perché se abbiamo a che fare con dei problemi sociali ed invece li trattiamo come dei problemi medici, in questo modo permettiamo alla società di non affrontare quei problemi sociali che provocano la crisi di quelle persone che vengono definite malati mentali. Noi ricoveriamo le persone, le trattiamo con gli psicofarmaci, dopo un certo tempo le dimettiamo, ma le abbiamo trattate in modo sbagliato perché non abbiamo affrontato il loro gruppo sociale, i loro problemi. Quando il paziente esce dall'ospedale speranzoso, dicendosi "bene, ora sono guarito!", sta fuori 15 giorni, un mese, due o tre e poi si ritrova di fronte ai problemi che l'avevano già messo in difficoltà prima.»

Tutto qui?

Psichiatria a modello integrato. Paradossalmente nei Dipartimenti di oggi troviamo assieme la Psichiatria di sempre, quella medicalizzante e anche l'Anti-psichiatria alla Antonucci, alla Cotti, alla Basaglia. Che cosa hanno fatto? Il Dipartimento ha riconosciuto l'importanza di un punto di vista psichico, di un punto di vista sociale e di un punto di vista biologico (integrazione dei saperi); vuole vedere che cosa succede in una persona guardandola da punti di vista diversi. Meglio di così non si potrebbe. Guardassero pure dal punto di vista biologico, cercassero pure malattie e le trovassero pure. Guardare l'individuo dal punto di vista olistico è un'importante metodologia ma anche un buon punto di vista epistemologico. Il problema rimane allora sempre quello della relazione di potere

che esclude tutti gli altri punti di vista per dare spazio solo al punto di vista medico biologico; un problema di potere, di dominio, dell'Economia. Ma, detto questo, ci ritroviamo ancora di fronte all'immediatezza dei problemi di Alice. La rivoluzione della società e dei rapporti umani è una grande e nobile aspirazione. Rispetto ai caduti in guerra, a quelli a cui saltano braccia e gambe non li possiamo lasciare senza medicazione in attesa che cambieremo il mondo: è questa medicazione che ci sta già facendo cambiare il mondo. Intanto costringiamo il potere che ci ha ferito, attraverso una serie di lotte intermedie, a prendersi cura delle nostre ferite e di noi alla meglio, mantenendo in cuore il progetto della sua distruzione... mentre continueremo ad imparare come fare a meno della relazione di potere. A fare a meno del potere ma anche della relazione di potere. Chi non ha alternative, al Dipartimento deve dire: intanto ti curi di me e mi rispetti, poi, se posso, ti distruggerò. Tutti i critici del Dipartimento, attraverso lotte intermedie, devono intanto, a fianco dei diagnosticati, imporre la cura alla Psichiatria lavorando per un definitivo progetto di distruzione. Questo è un punto di vista trans-psichiatrico. È quello che ha fatto Alice: sono nelle mani della Psichiatria perché non posso fare diversamente, ma ugualmente cercherò di conquistarmi tutta la libertà possibile scappando lo stesso.

L'incontro con Conchiglia. «Conchiglia veniva legato. La dottoressa di ghiaccio non aveva (...) l'intelligenza per trovare un'alternativa alla contenzione fisica e farmacologica. Conchiglia veniva legato a causa della sua agitazione: non era violento (...) veniva legato non per qualche ora, per una notte, ma per giorni interi. Mi ricordo le sue urla come fosse oggi. Poi lo sedavano (...) aveva sete, nessuno gli aveva portato da bere. (...) le sue labbra erano secche.» «Conchiglia veniva legato al letto molto spesso. Un pomeriggio venne in visita sua sorella, lo

trovò sedato e legato, il materasso impregnato di urina. Si mise a urlare inferocita contro i medici: “È disumano tenere una persona in queste condizioni! Da quanto è così? È tutto pisciato! Slegatelo subito!” almeno quella volta, lo slegarono. Ma quando non interveniva un familiare o nessuno controllava, si sentiva ancora urlare qualcuno.»

Necessità di difesa. Alice ci parla ancora di tant’altro, come della urgente necessità di difesa. Libero ognuno di ricorrere alle cure che ritiene più adeguate per le proprie sofferenze, chi ricorre a quelle del Dipartimento, non è detto che debba ricevere violenza alla promessa cura. Se tutte le critiche “contro”, “anti”, “non”, pur necessarie non sono sufficienti alla distruzione di metodologie e di istituzioni psichiatriche, tant’è che l’utilizzo dei Dipartimenti, quindi il ricorso alla Psichiatria è fiorente, urgente rimane l’organizzazione di strutture di difesa autonome, autogestionarie, antiautoritarie. Se l’intervento di un familiare interrompe l’arroganza della contenzione, definita atto sanitario, significa che una più ampia e più forte difesa può fare molto di più. Basta solo che un familiare s’incazzi come una bestia affinché già la contenzione finisca di essere atto sanitario. Quella dei familiari è già una difesa che ci deve fare riflettere sull’importanza del controllo sulle istituzioni psichiatriche: andare a vedere che cosa succede nei servizi. Il familiare è ridotto al silenzio sia dalla sofferenza che dallo strapotere psichiatrico, ma anche dalla minaccia di una dimissione del congiunto. Comunemente di fronte ad una situazione delirante o allucinatória il familiare non ha idea di cosa possa fare autonomamente, nei confronti del congiunto, in alternativa a quello che fanno i Servizi e tra l’altro si sente in pericolo. Il messaggio sottinteso ma anche esplicito degli operatori rivolto ai familiari è: se parlate ve lo dimettiamo. Oppure: se non vi piacciono le cure, tenetevelo pure a casa. Che sarebbe poi anche una

cosa buona e giusta solo se si sapesse quale aiuto in alternativa portare ad un parente che sta vivendo una condizione di Disagio Relazionale al punto che, almeno apparentemente, non sta più mantenendo un legame funzionale, una relazione funzionale con la realtà. Come fare? A chi rivolgersi? Come fa un familiare a ribellarsi alla contenzione quando questa è decisa dallo psichiatra come atto sanitario e quindi come parte della terapia? Che potere ha di opposizione? Sa un familiare che in nessun caso si può legare una persona? Che nessuna contenzione può essere ritenuta terapeutica nemmeno quando la persona è stata sottoposta a regime di TSO? Sa che l’Azienda, il Dipartimento di Salute Mentale, i responsabili dei vari servizi sono pagati per disporre i loro servizi in modo tale che non ci siano motivi per praticare violenza e in modo da abolire ogni contenzione dove si pratica e di prevenirla in tutti gli altri posti? Un familiare sa che quando denuncia un responsabile di servizio per avere legato a letto un suo congiunto, nonostante l’azione legale contro l’Istituzione, che poi è anche contro l’Azienda, non ce la fa? Ammesso che trovi un avvocato che ne assuma la difesa. Esistono valide strutture di difesa contro la violenza psichiatrica? No. Assolutamente no. Fino ad ora si sono create tante associazioni che nella maggior parte dei casi più che autonome sono finite nelle mani degli psichiatri.

Alice ci racconta di una pratica di contenzione routinaria. Nessuno mai s’era posto in difesa, oltre la stessa Alice, delle persone che venivano legate a letto nei Dipartimenti. Per tutti gli altri quella contenzione era normale atto sanitario. La difesa può partire dall’organizzazione di Gruppi Autonomi di Base. Tutto ciò ripropone l’urgenza dell’organizzazione di Gruppi Autonomi di Base con funzione di difesa in tutte le realtà dove esistono servizi di Dipartimento. Per esempio la loro prima finalità può essere quella di prendere contatto e conoscenza con chi si

rivolge ai servizi e acquisire informazione su cosa succede al loro interno. I gruppi di difesa dovrebbero essere costituiti da persone che comunque sappiano di cosa si sta parlando sia relativamente alla sofferenza, sia relativamente all'Istituzione ma anche alle eventuali alternative.

La lotta di Alice è anche una solidarietà in spirito di abnegazione. «avevo messo appunto molteplici strategie per liberare gli altri». Condivide la sua sorte con tanti compagni. L'incontro con Simon che «aveva urgenza di andare in Vaticano e di avvertire il mondo che si aggirava un "Giro Papa" molto, molto pericoloso. Quindi era importante che lui uscisse in fretta dal reparto per andare a Roma.» Così aiuta Simon a fuggire dal reparto. La irrefrenabile voglia e desiderio di uscire e di sentirsi libera. Una voglia continua di fuga che lascia evincere come niente Alice percepisse e sentisse terapeutico di quel posto. D'altra parte si sta parlando del reparto, attualmente il servizio più violento di tutto il Dipartimento. Un'occasione di fuga era per lei quando entrava la donna delle pulizie. «Tutto il reparto era sigillato, ogni porta, ogni finestra, tranne quella dell'infermeria.»

Una lotta senza delega. Quella di Alice era una pratica di difesa immediata contro l'oppressione della Psichiatria, senza ricerca di delega, una pratica in prima persona, un'azione mirante a stare meglio lei e meglio i compagni di reparto. Alice non aspettava che qualcuno la andasse a liberare o che andasse a controllare il tipo di cura e assistenza che le prestavano o che la difendesse contro pratiche che tutti gli aspetti potevano avere tranne che quello della cura. La sua era quella che potremmo chiamare un'*azione diretta* contro qualcosa che si presentava nella sua immediatezza di violenza e sovrappaffazione. Avrebbe potuto essere dichiarata come azione scientifica, terapeutica, curativa, atto medico, atto sanitario, atto assistenziale; per lei era violenza pu-

ra e semplice dalla quale si difendeva come poteva ma in ogni caso con un'azione di cui si faceva capace in prima persona e della quale si assumeva le responsabilità.

Nelle sue tecniche di fuga, arriva a nascondersi perfino dentro un comodino di una stanza di degenza, per tirarsene fuori non appena la finestra fosse stata aperta ed il campo lasciato libero. Scappare «per un'ora di libertà fuori dal reparto», «li avevo fregati tutti e correvo oltre la porta (...) fino alla pizzeria thailandese, nella piazza». Solo per andare a comprare un po' di birra, a raccogliere un po' di fiori dalle aiuole, un po' di rose e ritornare in reparto. «Arrivai davanti alla porta d'ingresso, e suonai al campanello.»

Non c'è nessuno, tutt'oggi, che nel desertico dolore dell'Istituzione, va a vedere cosa stanno facendo alla gente. Tantomeno lo fanno *gli amici giornalisti*: attualmente la Psichiatria non vende. Mentre nello stesso tempo sono in tanti quelli che, più che uno spirito di rivolta come quello di Alice, dimostrano uno spirito di accondiscendenza al paternalismo istituzionale con la sua violenza che garantisce l'immunità da ogni responsabilità, da ogni impegno, da ogni cambiamento, da ogni superamento di difficoltà con una pensione d'invalidità di 240 Euro. Tutto fa parte della malattia?

«Non ce la facevo a restare chiusa lì. Davo testate sulla porta per stordirmi, ma avrei preferito una birra fresca...». Ogni situazione era una buona occasione per una nuova fuga. «Era un sogno, cominciare a correre con l'aria in faccia, il più lontano possibile... e con la sensazione di essere scappata di galera. (...) non scappavo poi tanto lontano... andavo al bar, in chiesa.»

Tanto scappo lo stesso. È impressionante il numero delle fughe, delle strategie, l'inventiva, la creatività. Come impressionante è la complicità degli infermieri con una Psichiatria che continua a violare il corpo, a privare della libertà, a

mortificare l'individuo e la professione assistenziale.

Ogni azione diventa sempre un sintomo. Non ci sono dubbi che di una come Alice, in ambienti del Dipartimento, si parli come di una “*malata mentale*” fino a tradurre le sue stesse fughe in sintomi della stessa malattia. Alice, invece, con quelle fughe racconta un'altra cosa: la dignità di una persona, anche se piena di problemi e anche quando quella con se stessa e con il mondo esterno è una relazionalità disturbata, difficoltosa, stressante, impossibile; anche quando la sua condizione di disagio più che trovare sollievo trova gli ostacoli, le complicazioni e le violenze dei servizi del Dipartimento dove si ritrova frequentemente ad essere rinchiusa.

Nessuna cura o terapia può giustificare la violenza. Ma perché il bisogno di una fuga continua fino alla promessa: *tanto scappo lo stesso*. Il suo è anche un bisogno di sfida di quella relazione che più che empatica si pone come relazione di potere comunque non giustificabile: niente della sofferenza, tutta personale, di Alice può giustificare nessuna forma di violenza istituzionale. Nemmeno la cattiva abitudine di Alice a ferirsi e tagliarsi in qualche modo. Con la sua continua fuga Alice lo dice chiaro e lo grida: io posso ferirmi e tagliarmi come posso, come voglio, quando e quanto voglio, mentre voi non dovete permettervi di ferirmi con l'inganno della promessa di prendervi cura di me. La mancanza di riconoscenza è un altro sintomo della “*malattia*”.

Un reparto peggiore d'un carcere. Ma perché Alice *dava problemi* in reparto? In un SPDC, servizio dove si diagnosticano mai trovate malattie e dove su una sintomatologia di cui non si conoscono né l'origine, né le cause, né tantomeno, in una girandola di psicofarmaci a tentativi, si conoscono meccanismi né dinamiche d'azione di farmaci, la cura consiste in un controllo serrato della persona: rispetto

delle regole, dormire ad orari, mangiare ad orari, non si deve delirare perché si disturba, non si devono avere allucinazioni che disturbino altre persone e gli operatori. Ma prima di tutto non si deve scappare quando, sotto chiave tutte le porte, ti massacrano piuttosto che curarti. Tutta una serie di divieti e d'impedimenti ritenuti necessari a mantenere il reparto ordinato e a non dare frastornazione al sempre poco e scarsamente preparato personale d'assistenza che rendono il reparto peggio di un carcere. Alice è un incremento di lavoro, di stress e questo diventa un pericolo per il reparto dove tutto lo stress che supera una certa soglia va represso. Ecco la missione del reparto. Di cura, d'assistenza, di solidarietà, d'ascolto, d'empatia, d'accoglienza, di comprensione, non se ne parla... specie se tutto ciò dovesse voler dire aumento di frastornazioni del personale sanitario. Il primo segno di controllo è la chiusura del reparto; la stessa chiusura che si riscontra in un Manicomio qualsiasi. In servizi simili vengono repressi e violentati non solo i pazienti inquieti ma anche gli operatori che si oppongono criticamente a certi trattamenti, che li denunciano, che propongono una relazione empatica ad una di potere. Anche questi operatori ricevono una diagnosi: “*incompatibile*” con relativa terapia psichiatrico persecutoria.

Se li ricorda tutti i compagni di sventura. L'incontro con Margherita, un'altra compagna di SPDC. I compagni di reparto sono come i compagni di cella della galera, con alcuni dei quali si riesce a condividere pene e piaceri, con altri di meno. Si ritrova in stanze con cinque letti. Con Margherita condivide le sigarette che nel reparto sono un bene prezioso. Non c'è caffè come si deve, ma al massimo un caffè liofilizzato e preso di nascosto. Al massimo un caffè d'orzo. «in SPDC (...) io, in pratica, lì ci vivevo.»

Quello che ancora succede a Maria Paola e a Klara costituisce una serie di

esempi di cotanta assistenza infermieristica in Salute Mentale.

Alice stabilisce rapporti di solidarietà, di simpatia, d'aiuto, d'empatia, relazioni affettive con chiunque, in quelle condizioni, si trova in estrema sofferenza. Riesce per questo a capire molto di più di quanto gli operatori sanitari, psichiatri e infermieri, non capiscano; riesce perfino ad avere una funzione terapeutica, non di tipo sanitario; una di quelle relazioni che fanno stare meglio le persone senza una goccia di psicofarmaco, senza uno sguardo medico.

Anche l'alimentazione forzata diventa terapia psichiatrica. «Secondo i medici Klara era in uno stato catatonico, per me, invece, erano i medici catatonici.» Quella Klara alla quale gli infermieri spingevano il cibo in gola, con Alice mangiava e beveva spontaneamente, con piacere e in amicizia e dimostrava di avere una fame da lupo. Il rapporto tra Alice e Klara, tra l'altro, si dimostra di fondamentale importanza terapeutica: la relazione che riesce a creare Alice, alla quale è ormai diventata più pratica e professionale degli stessi operatori, è sempre un momento di affievolimento della condizione di Disagio Relazionale. Tra i due si instaura una relazione funzionale, di reciproco accoglimento, di intesa, di empatia, di solidarietà, di comprensione, di reciproco ascolto; entrambe stavano comunicando al mondo quali sono le relazioni per loro sopportabili, accettabili, condivisibili, gestibili, non stressanti, promoven- ti, umane, per le quali vale la pena investire affettivamente, non violente; stavano dimostrando quali sono le relazioni che li fanno sentire a loro agio. Concretamente, la relazione portata avanti da quella folle di Alice pose fine a quel trattamento: «Era finito il trattamento del cucchiaino in gola». Non erano stati gli infermieri né gli psicofarmaci, né lo sguardo medico a porre fine all'alimentazione coatta. Dopo anni Alice incontra Klara che «si ricordava ogni stronzata che le avevo racconta-

to». «Altro che catatonica.» «Sono passati sette anni da quel giorno. Io sono un'altra, scappata dal Gropponi. Klara, no.»

Il primo che mi amò. Tutto passa per la stanza n° 19, la violenza e l'amore. Solidarietà fino a darsi anima e corpo. Con il biondo ragazzino diciannovenne si amarono nella stanza n° 19. Per due anni non aveva toccato una ragazza mentre Alice fu immediatamente sensibile con grande riconoscenza del giovane: «"Alice, Alice, grazie, tu mi hai guarito."» Da allora in poi furono pedinati dagli infermieri. «Non è concesso neanche abbracciarsi. Siamo malati, siamo matti; non c'è concesso amore.»

In quell'inferno di SPDC incontra pure Piero con cui fa all'amore. Beccata dagli infermieri che minacciano di legarla. Anche sui rapporti sessuali nel reparto c'è tutta una situazione particolare: non essendo la persona ritenuta, più o meno ufficialmente ma di fatto, in grado di intendere e di volere, non si può spingere fino a rapporti sessuali.

E poi quello zombie di Luigi: «un habituè del reparto. (...) stava malissimo, era imbottito di farmaci, faticava a tenere su la testa, a centrare la bocca con la forchetta... Per tenerlo buono lo avevano ridotto uno zombie.» «Luigi (...) entrava di nascosto nella mia stanza. Mi racconta che ero così sedata che avevo gli occhi girati all'indietro. Le fascette così strette dal nastro adesivo, che non mi passava il sangue e le mani erano gonfie e viola. (...) A volte non riusciva a entrare perché un infermiere rimaneva in piedi davanti alla porta a far la guardia. (...) A volte era impossibile aiutare un amico legato, portargli l'acqua, una sigaretta.»

Elena, compagna di autolesioni. Compagna d'angoscia. «Sia io che Elena spesso ci procuravamo autolesioni; esasperate da quel luogo assurdo, da quelle finestre chiuse, alla fine ci tagliavamo. Finivamo sempre legate al letto, in un attimo.»

I limiti di una lettura a-relazionale. Ma cosa mai può valere la parola di Alice. Se c'è una malattia nel cervello, un difetto che fa sì che compulsivamente Alice si tagli, questa si sarebbe tagliata e ferita in ogni caso, indipendentemente dalla relazionalità e dalla vita di reparto. Ecco una lettura medica della sofferenza. Una lettura a-relazionale. E, siccome produrre relazioni terapeutiche costa, la lettura medicalizzante del disagio è anche una lettura della convenienza, dalla parte dell'Economia. E l'Economia è contro la vita. «alla fine ci tagliavamo. Finivamo sempre legate a letto, in un attimo. (...) Finimmo per stufarci e cercare un altro modo per fuggire.» Forse quei tagli sono anche un atto di fuga, un taglio con la realtà? Ma qual era l'altro modo? Semplice. Facile. La stanza n° 19. Croce e delizia. «Cominciammo ad andarci tutti i giorni, anche tre volte. Prendevamo schiuma da bagno, saponi, creme, sigarette e lo stereo. (...) finalmente, con la musica accesa e la sigaretta in bocca, ridevamo. Il tempo spariva, il reparto, le fascette, i tagli, il sangue, il dolore, le lacrime, le urla... più niente. (...) quando uscivamo da quel bagno (...) la realtà ci arrivava addosso come uno schiaffo. (...) Elena tornava a piangere, a chiudersi in stanza, tentando invano di tagliarsi con la linguetta di una lattina.»

Anche la rivolta è una malattia. «scoppiavo di rabbia. Una volta presi una pianta con tutto il vaso (...) e la lanciavo contro la porta d'ingresso. (...) già mi erano addosso tre infermieri (...) due davanti, pronti ad afferrarti braccia e gambe e uno dietro. Era Tavolaccio, il più bastardo di tutti.» «Quella volta ero preparata. Quando arrivò il suo braccio a soffocarmi, buttai la testa indietro con forza, e lo presi in piena faccia. Mollò la presa. (...) Fui legata, come al solito.»

Un ruolo essenziale nel massacro di Alice l'hanno avuto gli infermieri, professionisti dell'assistenza. La professione

infermieristica, in tutti i settori, a fronte di un corso di laurea, oggi è ridotta a pratica della vergogna, a maggior ragione nei Dipartimenti di Salute Mentale. Ma non sono difendibili quegli infermieri, la loro azione criminale chiamata assistenza, non è difendibile da nessun punto di vista, né da quello umano né da quello professionale. Quegli infermieri, nulla togliendo alle difficoltà assistenziali e relazionali per persone portatrici di certi tipi di sofferenza, hanno scelto di stare dalla parte dell'Azienda e del Dipartimento e non certo dalla parte della gente che soffre e delle loro famiglie. Quegli infermieri sotto la tecnica infermieristica hanno praticato l'aguzzinaggio di sempre. Hanno deciso di non distinguersi dai loro predecessori custodi manicomiali. Tuttavia questi sono gli infermieri che nei Dipartimenti di Salute Mentale sono i più apprezzati e i più promossi.

E arriva pure lo spallaccio. Strumento desueto ma sempre possibile. Non bastava legarla mani e piedi; intervenivano anche con lo "spallaccio". Nella Scienza Infermieristica si studia l'applicazione dello spallaccio? «Lo spallaccio è un lenzuolo arrotolato, passato dietro la testa, sulle spalle e poi sotto le ascelle che poi viene legato dietro e sotto la spalliera del letto da due infermieri. Il nodo viene bagnato con un'intera bottiglia d'acqua, così che non si possa sciogliere. Con lo spallaccio tutto il corpo è immobilizzato, il busto aderente al materasso, le mani e i piedi bloccati dalle fascette: com'essere in croce.»

Finalmente "compliance" e coscienza di malattia. «Prima di pronunciare il nome si diceva sempre la diagnosi, la malattia, come se quello fosse il vero nome, il biglietto da visita.» Ecco fin dove è spinto il coinvolgimento della persona in una prospettiva di "compliance". «A volte venivamo chiusi a chiave nelle nostre stanze, legati e sedati. Era come essere morti. Non c'era nessuna via di fuga. Potevi rimanere così giorni e giorni



senza nemmeno accorgertene. Dopo essere stata contenuta nel mio letto non so più quante volte, mi convinsi che quella era la cura. Erano i miei medici, i miei infermieri, e io mi fidavo di loro... di più: li amavo. Cominciai a chiedere io, ai miei curanti, di legarmi al letto non per molto, solo per tre, quattro ore al giorno. (...) mi facevo legare mani e piedi (...). Pensavo: "Ora sono brava!", ed ero certa che tutti lo pensassero di me, i medici, gli infermieri, mia mamma. Così ero adeguata all'ospedale, aderivo alle cure, mi dovevano volere bene per forza.»

Un'altra compagna di cella fu la buona Rosalia, compagna di bevute. Una vera e propria condizione di sopravvivenza; altro che cura e terapia! Sopravvivere e resistere a quella condizione carceraria equivaleva ad una lotta, giorno e notte, ispirata al progetto di dovere sempre capire come fuggire i carcerieri perché se non li fregavi tu ti fregavano loro; di dover capire come aiutarsi nel superamento delle sofferenze e delle angosce in una situazione in cui chi era pagato per farlo, non solo non era in grado di aiutarti ma ti danneggiava tutti i giorni. Ti fregavano in ogni caso.

Avrebbero da vomitare le budella dalla bocca all'ano dalla vergogna, i tanti servitori della Medicina psichiatrica. Gli stessi che, dopo gli sbrodolamenti di bava dei vari prezzolati convegni, ritornano nei servizi a massacrare e seviziarne la gente... terapeuticamente. Come quando a Capodanno rimangono legati a letto. La notte di Capodanno, mentre fuori c'era l'inferno, dentro Alice con alcuni ricoverati avevano cercato di movimentare un po' la serata; piccole cose, un po' di gioco che spezzasse la monotonia di una vita di reparto di Psichiatria. Solo un tentativo. Alice si trova immediatamente di fronte ad un lettino già pronto con le fascette. «Mi legarono. Io incredula mi lasciai legare. (...) era Capodanno! (...) "Ma chi se ne frega! Sono loro che non

sono normali!" Poi tutti vennero allontanati, un infermiere mi fece una puntura. (...) Così, a mezzanotte precisa, ero legata al letto, nel mezzo di quello stanzone buio a fissare il soffitto. (...) Il primo dell'anno lo passai immersa nella mia urina, con mani e piedi legati...».

Tra assistenza infermieristica e aguzzinaggio. «Il problema dell'alcol era uno dei miei sintomi più gravi, assieme al disturbo alimentare e all'autolesionismo.» Penosa, non meno delle altre, è la scena con l'infermiere Peppino, perfino voluto bene da Alice, che l'afferra per i capelli e la trascina fuori dal bar strusciandole e ferendole la schiena sul cemento. Perché nelle richieste di Alice, al bar, c'era sempre qualcosa che contenesse dell'alcol... anche se solo un caffè corretto. Essendo l'alcol ritenuto parte dei sintomi della malattia, nella richiesta di Alice immediatamente l'infermiere vede un sintomo da scacciare. Immediatamente costi quel che costi. Che dire se non che nei dipartimenti di Salute Mentale l'assistenza infermieristica, con la laurea o senza, è puro aguzzinaggio... più o meno specializzato, più o meno rozzo.

Con l'inganno della riforma corre l'inganno dei diritti. Non è questione di diritti. Una cosa importante, per chi si trova ad essere ricoverato può essere conoscere i diritti del malato. Ma il malato, cartellato, paziente, ricoverato, cliente, utente... in Salute Mentale ha dei diritti? È proprio sostenuta dal diritto che l'infermiera può ballare sulla pancia di Matteo. E che dire di un'altra infermiera, Sara, che fa strisciare come un verme lungo il corridoio Matteo il ragazzo cinese? Col suo "Fly down" lo tratta come non si fa nemmeno con i più sporchi cani randagi. «Eravamo rimasti tutti lì in piedi paralizzati a guardare. Nessuno di noi aveva avuto il coraggio di fermare quella donna mentre lo intimidiva. Nessuno di noi aveva aperto bocca. Avevamo paura.» Era il tacco dell'infermiera lo strumento

assistenziale. Come il tallone dello sceriffo. «Matteo era agitato e questo dava fastidio al personale. Così lo buttarono a terra e mentre due infermieri andavano a prendere le fascette per legarlo, Sara, l'infermiera, lo teneva fermo premendo con un piede, col tacco dei suoi stivali, sulla schiena di Matteo, che di nuovo assaggiava il pavimento. (...) La paura che avevamo e che avevo anche io era reale, aveva un nome: contenzione.»

Tra gli aguzzini incontra ancora Nando “un altro bastardo d'infermiere” nei cui confronti sembra avere le idee chiare. Niente poteva portare Alice ad una diversa conclusione: i veri folli erano i sanitari. Se sono la qualità dell'azione, la forma e il contenuto del comportamento, il pensiero, più o meno esplicito, che sottende quel comportamento nell'insieme delle sue azioni a rappresentare quello che viene chiamato il “sintomo” della “malattia mentale”, non c'era nel comportamento di quegli psichiatri, e di quegli infermieri presenti in tutte le ore della giornata nella vita di Alice, il peggiore dei sintomi della peggiore delle malattie mentali? Se uno dei sintomi della “malattia mentale” è stato da sempre ritenuto quella condizione che fa della persona un pericolo per sé e per gli altri, Alice e il personale sanitario, infermieri in primo piano, potevano al massimo essere due facce speculari della stessa medaglia e rappresentare due aspetti rilevanti di una stessa malattia.

Il pericolo degli uomini di scienza. Alice, tra l'altro, con i suoi tagli poteva al massimo essere pericolosa per se ma non per gli altri; non aveva mai fatto violenza ad una mosca ed era riuscita a non perdere la simpatia nemmeno per quel bastardo di Peppino, l'infermiere che l'aveva trascinato in strada per i capelli. Ma loro, i terapeuti, gli assistenti, gli psichiatri, gli infermieri, gli uomini della scienza quanto pericolosi erano, non potenzialmente, ma concretamente con le *azioni terapeutiche* di tutti i giorni, per

gli altri, per quelli come Alice che al Dipartimento s'era rivolta in cerca d'aiuto? Se “malattia mentale” c'è è perché la scienza continua ad insistere su Alice che definisce “malata mentale” da curare, mentre continua, ipocritamente, a definire terapia, cura, assistenza, azioni umanitarie e scientifiche quelle di quegli psichiatri che le prescrivevano e di quegli infermieri che le eseguivano.

Hanno trovato la ferita nella mente? Magari l'avessero trovata! A tal proposito non hanno trovato ancora né la mente né la sua ferita. Alla stessa conclusione sembra essere pervenuto il XII Congresso della SIP “Psichiatria. Le domande senza ancora una risposta” tenutosi a Roma a febbraio di quest'anno.

Per una dimensione transpsichiatrica. E se non avessero chiamato, quella condizione di Alice, “malattia mentale”? La dimensione di potere è anche una questione di nomi, di parole, di grammatica, di linguaggio... ma non solo. L'Istituzione totale psichiatrica non esiste perché c'è la “malattia”, come l'Istituzione totale carceraria non esiste perché c'è il “re” e il “reato” o perché c'è la “giustizia giusta” o perché la pena possa lavare il delitto o perché quell'*individuo cattivo* possa con la privazione della libertà e con la distruzione carceraria conquistare la sua bontà. L'Istituzione Psichiatrica, *Istituzione del male mentale*, continua ad esistere non certo perché chi la gestisce e chi la governa crede realmente, più di quanto non lo credano gli anti-psichiatri, che si tratti realmente di una malattia nel senso della metodologia medico scientifica. C'è da pensare, a parte i tanti sciocchi e i numerosi in malafede, che sia gli psichiatri che gli anti-psichiatri per la loro conoscenza afferiscano oggi alla stessa letteratura, alla stessa bibliografia. È per questo motivo che ritengo che mantenere la critica all'Istituzione Psichiatrica legata al dualismo malattia/non-malattia è, oltre che mi-

stificatorio, riduttivo del campo di comprensione oltre che d'azione. È per questo motivo che dobbiamo permetterci uno sguardo verso una dimensione trans-psichiatrica, che vada sia oltre la Psichiatria che oltre l'Anti-psichiatria.

Gli strumenti stonati degli psichiatri. Se si cambia solo per un momento scenografia e regia, come farebbe uno psichiatra, uomo di scienza, a non trovare, con lo stesso strumentario d'indagine, “*malattia mentale*” nell'azione di quegli infermieri della notte di Capodanno o nell'azione di quell'aguzzino di Peppino o di Nando?

Oltre alle ipotesi che sono tante quante sono i neuroni del nostro cervello, non avendo, e tutt'ora non ce l'ha, la “*malattia mentale*” nessun sicuro connotato a livello cellulare e biologico, uno psichiatra come potrebbe differenziare il comportamento violento e autoritario, irrazionale, anormale, non accettabile, dei sanitari da quello dei pazienti? Forse dal fatto che un paziente se assume un comportamento lo è involontariamente, mentre un sanitario nel suo comportamento autoritario, violento, irrazionale s'impegna con volontà, con scienza, perfino con spirito di abnegazione? Toglietegli la divisa, scapigliateli un po', lasciateli tra sudore e piscio come lasciavano Alice, quei maiali, e li vedrete pieni di malattie mentali; mangiano e bevono come porci, ridono come ubriachi, scopano nei reparti e nei servizi come li cani, gridano come indemoniati, girano per i servizi pieni d'arroganza e d'autosufficienza, violentano, spacciano veleni, picchiano, graffiano, spingono, minacciano, ricattano, offendono, feriscono e non metaforicamente ma concretamente e si pongono di fronte al “*malato*” con l'arroganza e la presunzione di poter capire cosa sia successo al suo cervello. Non sono, quegli operatori sanitari, per quello che pensano, per quello che fanno, per come si comportano, portatori

di quello che a me piace chiamare Disagio Relazionale allo stesso modo di come lo possono essere tante altre persone che, per altri e diversi motivi, possono trovare nella loro relazionalità dei disagi tali da trovare difficoltosa la vita? Lo sono. Ma sono anche responsabili del massacro di tante altre persone come Alice.

Nessuna equivalenza. Perché allora, Disagio Relazionale? Giustamente ci si può chiedere se c'è equivalenza con “*malattia mentale*”. È evidente nessuna equivalenza. Per il solo e semplice motivo che quello che di noi vediamo, osserviamo e sentiamo come più o meno *armonico star bene*, lo è nella nostra relazionalità, nella nostra relazione con noi stessi, con i nostri simili e con il mondo che ci circonda. Sia quegli operatori sanitari che Alice erano portatori, a diverso titolo e a diverso motivo, come a diversa espressione, di una relazionalità disturbata, di un Disagio Relazionale. Entrambi anche portatori di responsabilità a diverso titolo. Il Disagio Relazionale non toglie responsabilità. Non c'è equivalenza tra “*malattia mentale*” [dove “*malattia*”, fino a quando non abbia deciso diversamente la Medicina, rimane termine legato alla cellula e al biologico] e “*Disagio Relazionale*”: la “*malattia mentale*”, in quel caso, ce l'aveva Alice, mentre i sani, i buoni, i normali erano i terapeuti e gli assistenti... che con lo stesso metro sarebbero stati più folli e più *malati mentali* di Alice.

Non trovando di meglio, come già dicevo, io continuerò a parlare di una condizione, di una situazione che può andare dal Disagio Relazionale al Grave Disturbo Relazionale. Perché faccio riferimento alla relazione? Perché quello che succede e quello che vive, Alice me lo comunica attraverso la sua relazionalità, attraverso le sue modalità relazionali. Parlo di Disagio Relazionale non perché si possa creare una equivalenza con il concetto di “*malattia*” ma perché, da quello che Alice comunica con il suo

corpo, sembra che si possa evincere la sua difficoltà, il suo disagio a relazionarsi con se stessa e con il mondo esterno. Tale situazione di disagio può aggravarsi, essere talmente pesante e stressante da rendere estremamente difficoltoso il confronto di Alice con la realtà della sua persona, del suo corpo e con la realtà esterna. Tale situazione di ulteriore difficoltà, fino ad un disagio estremo, fino alla fuga, mi fa pensare ad una situazione di Grave Disturbo Relazionale. Con il mettere in risalto una condizione di Disagio Relazionale non sto creando una categoria di persone ma sto pensando ad Alice, alle persone che incontra sul suo cammino, al mondo che la circonda in un flusso relazionale, in un movimento relazionale che può presentarsi più fluido o più stentato, più difficoltoso, fino ad una condizione di Disagio Relazionale che incomincia a mettere fortemente in dubbio l'esistenza stessa della persona, come in dubbio metteva l'esistenza stessa di Alice. Allora il concetto di "*Disagio Relazionale*" propone la presa d'atto di uno scorrevole flusso relazionale, dal quale non è esclusa la relazione di classe, che qualche volta può incontrare delle difficoltà, comuni, legate a diversi elementi della relazionalità, fino al Disagio Relazionale e al Grave Disturbo Relazionale, con effetti disastrosi, conflittuali, dolorosi, violenti sulla relazionalità. Propone il concetto di "*campo relazionale*", movimentato da un flusso relazionale, non uniforme ma con diversi livelli di intensificazione e di affievolimento; con gradi diversi di difficoltà, di disagio, di disturbo. Nessuna categoria medica o affinità con il concetto medico di malattia. Ciò dicendo nulla si vuole togliere alla gravità, alla pesantezza delle sofferenze di una condizione che in angoscia, in disperazione, in dolore, in affanni supera spesso una sicuramente riconosciuta malattia. Se se ne vuole fare sempre e comunque una lettura biologica e medica, se un comportamento bizzarro, violento, autoritario, disturbante, anomalo

si vuole sempre mediato da un substrato chimico, lo stesso substrato media il comportamento di Alice ma anche quello dei suoi prezzolati aguzzini. Ancora il concetto di "*Disagio Relazionale*" esce dalla "*malattia*", che secondo alcuni ci sarebbe, secondo altri no, ma sempre in Alice, e si rivolge al variante contesto relazionale, al flusso relazionale del quale Alice è solo un elemento. La *malattia* o la *non-malattia* si riferiscono sempre ad Alice; il Disagio Relazionale è disagio comune, del quale Alice vive quanto è della sua condizione, quella parte che a lei appartiene, col timbro caratteriale che la caratterizza. Allora è un concetto, un punto di vista che va al di là della Psichiatria, ma anche dell'Anti-psichiatria. Se disagio c'è nel flusso relazionale di cui narra Alice è un disagio di tutti gli elementi che si relazionano nel tempo con Alice che richiedono eventualmente un aggiustamento generale, un accordo di strumenti comune, e non certo una malattia di Alice. Né al momento si è in grado di dire se la parte più ampia del disagio si sia coagulata in Alice producendo una malattia.

Il punto di vista relazionale va al di là della ricerca della malattia trovata o non trovata. Nello stesso tempo lascia che ognuno si viva la sua situazione relazionale, la sua partecipazione ad un più ampio flusso relazionale, come meglio gli conviene e gli aggrada: qualcuno come malattia, qualcuno come non-malattia, altri come follia, altri come ex-pazzo ma non del tutto, altri come inguaribili, altri come guariti ma non del tutto.

Corpo e relazione. La difficoltà che incontriamo nella nostra carnalità, nella nostra corporalità, non è tanto quella legata al danno cellulare di ogni malattia, quanto quella legata alla relazione e alla relazionalità. Quest'ultima può essere così disastrosa per chi la vive da superare ampiamente le sofferenze e i dolori di una malattia vera e propria. In ogni caso abbiamo capito che la relazionalità dipende anche dal nostro corpo e da sempre

siamo abituati ad agire sul nostro corpo per migliorare o cambiare relazionalità; siamo abituati a fare del nostro corpo, relazione esso stesso, il carrier della relazione in un più ampio flusso relazionale. Agiamo sul corpo quando ci cotoniamo i capelli, quando ci trucchiamo le carni, quando ci lacchiamo le unghie, quando assumiamo sostanze più o meno psicoattive: relazione esso stesso che relazionalità produce.

Quegli infermieri, forse non avranno nessuna malattia e sono pagati per fare quello che fanno; eppure sono talmente invalidi e invalidanti che, cambiando solo un po' punto di vista, possono abbondantemente essere diagnosticati come "*malati mentali*". I danni della malattia. «cattivi infermieri che non sapevano fare il loro lavoro, che abusavano del loro potere, che non avevano voglia di lavorare, di stare a contatto con noi, che ci trattavano con disprezzo.» Infermieri nella cui cultura, direi nella cui "*mente*", s'era depositato il concetto di "*malattia*" e per i quali se ci sono sintomi che non rispondono agli psicofarmaci, vuol dire che la malattia è resistente, è più forte; se la malattia è più forte chi presta assistenza la deve domare con la forza chimica o con la forza fisica. Il concetto di malattia ha annientato qualsiasi attenzione al Disagio Relazionale che pure, anche nella moderna letteratura delle varie Psichiatriche, è prevista.

Ma cosa volete che sia!? Alice non si stanca mai. Si fa coraggio e si fa crocerossina di ogni situazione, fino all'ultimo anche delle situazioni più pesanti. Nel 2004 tutti i cambiamenti dell'SPDC erano stati solo in peggio.» «le contenzioni erano in aumento (...) il reparto era più terribile di prima.» Fece amicizia con un ragazzo senegalese temuto immotivatamente da tutti. Continuamente contenuto pure lui. Alice, a dire di Ibrahim, era riuscita a farlo stare meglio.

«Non erano state le continue punture, non i farmaci che all'inizio lo face-

vano sbavare, non la contenzione. Non l'aveva guarito venir legato a letto tutti i giorni e non era stata una psicoterapia, perché nessuno gliela aveva fatta.»

E poi, ancora, l'incontro con Marta; compagna di stanza. Un'amicizia e una comprensione immediata. «Stare assieme ci riempiva di gioia e oltretutto sapevamo ascoltarci e comprenderci. Marta, come me, soffriva di disturbo borderline della personalità. Come me, si tagliava frequentemente e aveva fatto numerose lavande gastriche per aver ingerito farmaci di ogni genere. Come me, aveva una grossa sofferenza e un gran bisogno d'aiuto.» Alice fu anche ricoverata in una comunità in provincia di Torino. Marta voleva, anche lei, ricoverarsi in quella comunità che secondo Alice funzionava meglio. L'esempio di Marta è uno dei tanti che denunciano la durezza e la violenza del reparto al quale si preferisce perfino la morte. «Marta era ossessionata dall'idea di suicidarsi. (...) si fece dimettere dal reparto in uno stato psichico pietoso, ma le condizioni del ricovero erano diventate intollerabili.» Il ricovero presso strutture del Dipartimento di Marta diveniva sempre più problematico e traumatico, fino al punto che, assieme al marito, optò per una comunità di Torino dove riteneva potessero meglio curarla. Niente da fare. E arrivò il tentato suicidio di Marta. «L'11 febbraio 2005 Marta tentò il suicidio. Aveva ingerito, probabilmente, tutti gli psicofarmaci a disposizione.» Finì con un blocco cardio-respiratorio, con una gravissima tetraparesi spastica. «Viene nutrita attraverso un tubicino inserito nello stomaco».

«Io (...) ce l'ho fatta (...) Prima di tutto a non morire. (...) per questo ci vuole anche tanta fortuna.» «Ce l'ho fatta a sfuggire dalle grinfie (...) di quei medici che volevano cronicizzarmi, in parole povere rendermi una demente imbottita di psicofarmaci: tremante, bavosa, incontinente e obesa.» Tredici diversi reparti l'hanno segregata. «In circa sette anni,

sono stata ricoverata in 13 diversi reparti e cliniche psichiatriche, una peggio dell'altra.» «Inciampando su me stessa centinaia di volte, sono riuscita a integrarmi e a lavorare, ho una galleria sul lungomare, finalmente dipingo con il vento in faccia.» «Non so se il mare può curare... ma di una cosa sono certa: la contenzione può solo uccidere.»

Qua finisce il romanzo di una "pazza". Finisce quello che per me è un documento testimonianza di Alice. Certamente non finiscono i disastri non dell'ignoranza ma della presunzione e del potere dell'Istituzione del male mentale. Qua deve ricominciare e continuare l'impegno di una lotta trans-psichiatrica che richiede una relazione e una lotta autonoma, autogestionaria, antiautoritaria.

*(01 Sett. 2008)*

## **Alice Banfi**

### **Tanto Scappo lo Stesso**

*Romanzo di una matta*

Stampa Alternativa - maggio 2008

Libro, Pagg. 118

Formato: 12x17

Prezzo € 10,00