

MARIA AMATO

L'ANALISTA ANALIZZATO

di

Gaetano Bonanno (1)

*«Ho scelto questa via come
l'unica possibile per me.
La strada dell'autenticità e della
verità del cuore:
irrinunciabile.»*

Maria Amato

*«A volte
i cosiddetti liberi pensatori
coltivano
le peggiori superstizioni.»*

Giorgio Antonucci

*«O la pratica autoritaria
della Psichiatria
con la relazione di dominio
o la pratica antiautoritaria
della non Psichiatria
con la relazione empatica.»*

Gaetano Bonanno

La contestazione degli anni Settanta ha abbattuto il manicomio a partire dalle mura; la "180" del 1978, che prese il nome di *legge Basaglia*, ha attaccato un aspetto del guscio della Psichiatria.

Quello di tanti testimoni della Psichiatria attuale, come lo è Maria Amato attraverso un'aspra critica ma anche con la proposta della relazione empatica quale sbocco alla critica stessa, oltre che attacco alla Psichiatria è anche attacco alla sua logica fondata sulla relazione di dominio.

Privacy come segreto di Stato

Chi l'avrebbe mai saputo? È una questione personale e privata; come si dice: privacy. Un progetto economico il cui costo non sembra mai eccessivo in rapporto ai benefici del mettere sotto chiave tutto compreso i cervelli di chi si permette di volerci capire qualcosa. Il segreto dell'urna. Un rapporto duale tra medico e paziente, confessore e peccatore. Il segreto della confessione. E chi mai potrebbe sapere, e poi perché, oltre al confessato e al prete, se dentro il confessionale ci fosse, un allungamento di mano, una tracimazione. Evitare i ficcanaso. E questo era, quella Maria che, un povero psichiatra nel pieno delle sue funzioni un giorno si trovò di fronte col rischio che ponesse pure lui sotto i suoi dentucci.

Venerata Psichiatria

Morbosa curiosità? Magari lo fosse. Il fatto è che dentro il confessio-

nile si può realizzare una delle più inaudite violenze sotto l'occhio del signore. Ci interessa proteggere chi si va a confessare? Per niente. Se li dessero pure di santa ragione. Il fatto è che la finalità ufficiale di quel setting psicoterapeutico è, appunto, terapeutica mentre le reali concretizzazioni, come per tante altre produzioni della Psichiatria, risultano pratiche d'arroganza e di dominio. Di ciò se ne vanno accorgendo sempre più spesso in tanti. Nonostante tutto, dicendo ciò, non si vuole dire che la Psichiatria non serve a nessuno; anzi ci risulta che serva a tanti e tanti ne traggono giovamento. A tanti serve il carcere, tanti dal carcere traggono beneficio. Noi penseremmo che sicuramente i carcerati non possono certo trarne beneficio, e così avviene nella maggior parte dei casi; non ci meravigliamo comunque quando c'è gente che riconosce la giusta pena e sostiene d'aver tratto giovamento dalla detenzione. Come non ci meravigliamo, né ci interessa affatto, quando c'è gente che trova giovamento nelle cure della Psichiatria a cui si rivolge, senza per questo trovare più conclusioni per la scientificità della Psichiatria. Sono stati e sono in tanti a dichiarare la Psichiatria di nessuna scientificità, gli uni non meno scienziati degli altri. Per quanto mi riguarda scelgo il dubbio sia nell'una che nell'altra ipotesi, mentre credo che non sia nel dilemma che consiste il problema. Non credo che una pratica, fosse pure scientifica, si debba accettare o respingere acriticamente. Né sono disposto ad accettare acriticamente qualsiasi pratica e tecnica psichiatrica per il solo fatto che fosse inequivocabilmente scientifica. Una migliore comprensione di quello che tutt'oggi succede in Psichiatria la possiamo ricavare se riusciamo ad uscire dalla dualità scientifico/non scientifico, malattia/non-malattia. L'arroganza del violentare corpi e dignità delle persone non è meglio condivisibile o sopportabile quando

è arroganza scientifica. Fino ad ora questo è stata la Psichiatria: arroganza scientifica.

Non ci interessa di quel momento, del tutto personale di chi lo sceglie e vi si sottopone con la speranza di trovare sollievo alle proprie angosce e patimenti. Non ci interessa avesse pure una funzione da psicofarmaco. Fuor di ideologia, qualcuno parla con adorazione degli incontri psicoterapeutici con lo psichiatra, qualcuno ha forti dubbi; per Maria Amato sono stati un disastro ma anche una *salvezza* per tempo. È in questi più che segreti, reconditi e protetti momenti della Psichiatria che è andata a guardare proprio per raccontarci di come grazie ad un disastro annunciato sia riuscita ad approdare in riva o, per meglio dire, a scappare dalla Psichiatria.

Acque mai passate

Prima ce lo poteva raccontare il *pizzino* lanciato oltre le sbarre; oggi ce lo raccontano le descrizioni, sempre più numerose, di certe esperienze psichiatriche che tante persone con difficoltà relazionali hanno vissuto sulla loro pelle. Non c'è soluzione di continuità tra il manicomio concentrazionario e il manicomio diffuso sul territorio. Sfumature diverse e punti di vista diversi della mitica *Nave dei Folli* che solca gli stessi mari d'acqua mai del tutto passata. Si trattasse di una ragazza per la quale l'alimento è salute e veleno, si trattasse di un ragazzo che trascorre quindici o venti anni all'interno di un Centro Diurno di riabilitazione in Salute Mentale o che trascorre la vita, ammesso e senza mai essere dimesso, all'interno del circuito psichiatrico, si trattasse di uno dei tanti responsabili di servizio di Salute Mentale che, dichiarato progressista, veste i panni del non molto antico direttore di manicomio senza controllo alcuno da parte della sua azienda, si trattasse di una mente che continua a sfuggire nonostante l'avessero voluta affettare al

microtomo, si trattasse della non trovata malattia di una non trovata mente, siamo di fronte a sfumature della stessa Nave di Folli che s'è cinta prima di manicomio, oggi di Salute Mentale.

“Incompatibilità ambientale”

Quella di Maria l'hanno chiamata “*patologia del dissenso*”. «*Negli ultimi anni molti psichiatri italiani sono divenuti progressisti, anche quelli dei manicomi giudiziari, e pertanto devono nascondere ancora più accuratamente quello che fanno dentro e fuori le istituzioni. Del resto ora non c'è niente di più falso che collocarsi tra i progressisti.*» [Diario dal manicomio. Ricordi e pensieri, di Giorgio Antonucci, Pagine 443, Edizione Spirali, 09/2006, Milano, Collana Saggistica; pag. 234]

Si trattasse pure della stigmatizzazione di un infermiere come “*incompatibile ambientale*”, etichetta che, nata all'interno di una logica psichiatrica e nei Servizi per la Tutela della Salute Mentale, suona come una diagnosi psichiatria a tutti gli effetti, ci troviamo sempre di fronte ad una vecchia ma mai stantia pratica psichiatrica di esclusione e repressione della diversità. «*Per Lombroso, il maestro di tutti gli psichiatri antichi e moderni, più si è banali e sottomessi più si è sani di mente, e il conformismo è la qualità principale.*» [Antonucci, *Op. Cit.*; pag. 216].

«*Lombroso diffidava di tutte le intelligenze più originali, che gli sembravano dubbie e in ogni caso pericolose per la società degli uomini perbene rispettosi delle autorità.*» [Antonucci, *Op. Cit.*; pag. 224]

Relazione psicologica di potere

«*Un modo istituzionale per impaurire e sottomettere gli internati è l'essere ambigui. Un giovane ricoverato ha il permesso di tenere un cane in un casottino ai confini del parco del manicomio. Ma ogni volta che lo ricattano*

gli promettono di uccidere il cane.» [Antonucci, *Op. Cit.*; pag. 222]. Senza bisogno di catene, senza bisogno di pestaggi, senza lasciare tracce; una subdola relazione di dominio molto più forte, più invisibile, più distruttiva di ogni braccialetto e di ogni contenzione fisica. Una relazione la cui violenza dell'impotenza è vissuta sulla propria pelle come angoscia, disperazione, manipolazione, stress, ansia, tutti effetti che diversamente non vengono tradotti che come sintomo da trattare ulteriormente. Un utilizzo psicologico del bastone che subentra alla carota dove questa non sia più bastevole al consenso. È la pratica dell'utilizzo di tale raffinata tecnica psicologica (*pratica mirante a condizionare nella direzione voluta il comportamento altrui*) che consente al manicomio svanito di rivivere sul territorio attraverso una più subdola terminologia, un più elastico, soffice ma anche manipolativo linguaggio e l'utilizzo della relazione psicologica di potere. A Paolo che può esistere solo come il riconosciuto responsabile cameriere tuttofare del Centro Diurno, che bisogno c'è di trattenerlo all'interno di una *compliance* con strumenti di evidente violenza? Lo stesso operatore che oggi gli dice: «*devi sapere che sei sempre nei nostri cuori*» domani gli può dire con finalità punitiva: «*... fatti una lunga camminata; per una settimana non venire al Centro Diurno; stattenne a casa tua.*» Tutto ciò sempre terapeuticamente parlando e *per il bene del paziente*. La sua riconosciuta utilità in quel posto, alla stessa stregua del lavoratore della lavanderia manicomiale, è l'unica cosa che gli riconosce un'esistenza ma solo costretto nel chiuso di un contratto a senso unico la cui unica possibilità è di andare via per non sapere dove. Paradossalmente anche il manicomio che annientava era lo stesso che riconosceva un'esistenza, che permetteva di esistere pur nella morte sociale; i detenuti non

esistevano fuori dal manicomio alla chiusura del quale in molti si sentirono cacciati fuori e buttati in mezzo alla strada.

Compliance totale

Basta poco per realizzare una *compliance* totale: basta ventilargli la possibilità che quello che lui s'è potuto, pur nella miseria, permettere oggi, domani, su decisione dello psichiatra o di un suo delegato, se lo può scordare. Basta poco, per distruggerlo: basta lasciarlo per una settimana, non tanto a casa quanto lontano dal Centro, dal quale ha sviluppato una tale dipendenza da provocargli, attraverso un allontanamento punitivo realizzato “*per il tuo bene*”, l'equivalente di una crisi di astinenza. Si sottomettono, in questo modo, gli “*ospiti*”? No. Che c'entra. Questa si chiama *compliance* in riabilitazione o *compliance* alla terapia o *compliance* al trattamento.

La dottoressa Amato definisce tutto ciò *strizzamento di cervello* da cui l'ormai classico *strizzacervelli*. Una vecchia pratica molto simile a quella dello strozzacervelli.

Amato ci racconta di come chi entra nei servizi psichiatrici difficilmente si accorgerà della perversione di certi sofisticati meccanismi psicologici, anche perché di essi non rimane traccia di nessun tipo se non quella sulla carne del paziente. D'altra parte: «È abitudine degli psichiatri non permettere a nessuno di entrare liberamente negli istituti in cui lavorano. La loro scusa è la protezione dei degenti che devono stare isolati.» [Antonucci, *Op. Cit.*; pag. 229]. Oppure, dove non ci sono ricoverati residenziali, il pretesto è quello della *privacy* che si metterebbe a rischio. Per accorgersi di ciò, Maria ha dovuto fare tutto un percorso durato anni durante il quale, alla sofferenza di una fame insaziabile come insaziabile era il suo bisogno d'amore e d'autenticità, si ag-

giungeva quello che si presentava come un vero e proprio attacco alla sua vita e alla sua libertà. Se volete l'attacco scientifico di una Psichiatria scientifica.

In ogni caso non l'avevo fatta entrare io presso il servizio dove fino a quel momento erano entrati cani e porci senza mai nessun divieto per la *privacy*. Un Centro Diurno. Era successo che era venuta a trovarmi. Laureanda all'accademia di belle arti. Già conosciuta, un paziente avendola vista le corre incontro invitandola a vedere i suoi dipinti realizzati in un gruppo di promozione relazionale attraverso gli strumenti dell'espressione pittorica. Era nel pieno di sé. Nel pieno della sua soddisfazione per i bei lavori realizzati e per la trovata occasione di poterli mostrare. Doppiamente emozionato perché li stava mostrando ad una competente del mestiere. Sono stato *accusato, punito e trasferito altrove* per aver commesso il reato di aver acconsentito, di non avere inibito e non avere vietato l'incontro, il dialogo tra un paziente del Centro Diurno e una persona non dipendente dal servizio. Tutto questo avviene oggi in un Centro Diurno quando anche in un SPDC, la legge riconosce, anche ad una persona sottoposta a Trattamento Sanitario Obbligatorio, la possibilità e la libertà di poter parlare con chiunque. Può succedere, come è successo, che io venga conferito alle attenzioni dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, punito e trasferito per incompatibilità ambientale per aver consentito e non aver impedito quel dialogo.

A parte la cecità della pratica del dominio ad ogni costo, simili decisioni repressive altro non sono che momenti non più salienti, quelli sono altri, quanto più evidenziabili di una pratica manicomiale in una logica manicomiale.

Non stiamo qua parlando di grandi tragedie dell'umanità, sto volendo solo descrivere a partire dalla mia esperienza personale solo piccoli ma si-

gnificative malefatte di una più ampia tragedia rappresentata dall'attuale manicomio. Gli operatori non consenzienti subiscono lo stesso trattamento che criticano e con il quale non si trovano d'accordo.

Si è fatto sempre così

Non si tratta di una conclusione o di un giudizio conclusivo; si tratta di un ordine indiscutibile. Per la psichiatra, dirigente di un Centro Diurno di Salute Mentale, l'infermiere non si deve permettere di chiudere la porta della stanza cucina durante la colazione e durante il pranzo dei pazienti, perché, siccome *si è fatto sempre così, noi abbiamo fatto sempre così e a noi sta bene così*, la decisione dell'infermiere di porre attenzione ad un momento delicato della vita delle persone, come può essere il momento dell'alimentazione, realizzando quella prestazione infermieristica che ritiene opportuna in quel momento, diventa un atto provocatorio e di insubordinazione. Un atto di non riconoscimento del potere di uno psichiatra che, come un nuovo direttore di manicomio, si può permettere, in quella *casa sua*, di fare il buono e il cattivo tempo. Quanti psichiatri sono disposti a sostenere che il decidere se pranzare a porta aperta o a porta chiusa sia una questione relativa a diagnosi e terapia tanto da richiedere un intervento, giornaliero e ripetuto durante il giorno, dello psichiatra? Il custode del manicomio o si alleava in complicità con lo psichiatra o era un matto tra i matti con relative conseguenze. «*Si erano costruiti un uomo a loro immagine e somiglianza con lo scopo dichiarato di inquadrami con gli altri e di mettermi in regola con le convenzioni.*» [Antonucci, *Op. Cit.*; pag. 223]. Stiamo però parlando non del *custode* manicomiale che, oggi solo impropriamente, chiamiamo *infermiere*; stiamo parlando della professione infermieristica nell'anno del 2007 Signore in un DSM in cui nes-

suno psichiatra ha obblighi di produrre condizioni di *custodialità* e *guardianità* come non meno ne ha l'infermiere.

Per i territori della Salute Mentale

La dottoressa Maria Amato nel suo libro documento e testimonianza (*Amato non fa la scrittrice di professione ma è laureata in giurisprudenza ed esercita*) racconta la storia di una sua esperienza diretta con la Psichiatria, attraverso l'incontro, in un rapporto promesso come terapeutico, con più psichiatri. I luoghi non sono quelli della Psichiatria per come l'abbiamo conosciuta storicamente fino al manicomio; sono quelli della legge "180", quelli dei Servizi Territoriali per la Tutela della Salute Mentale, quelli delle strutture intermedie, quelli del CSM (*Centro di Salute Mentale*). È in un ambulatorio che avviene l'incontro tra l'Amato e la Psichiatria attraverso lo psichiatra, anche se, tutta la terribile vicenda la porta fino al ricovero «*all'ospedale dei matti*». No; non arriva Maria a gustare le perle dell'SPDC (*Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*); si riferisce all'ospedale, alla Sanità, dove *come matti* sono proprio quelli che ritengono di voler curare i matti. Proprio cose da matti. Un CSM è un ambulatorio dove non ci sono posti letto, non c'è residenzialità né semi residenzialità; è un servizio presso cui una persona si può recare, in seguito al supposto bisogno di cure psichiatriche, per ricevere una "*visita*", una consulenza, dallo psichiatra e, eventualmente, dallo psicologo o da altri operatori; per ricevere somministrazione e prescrizione di psicofarmaci, per avviare eventuali *progetti terapeutici*. Per l'ambulatorio non sono previste sbarre alle finestre, cancelli, catenacci, lucchetti. Cosa completamente diversa avviene nei reparti, negli SSPPDDCC (*Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*). Non ci deve essere in una struttura

della Salute Mentale, come quella di un ambulatorio, niente che richiamasse il manicomio. Lo stesso abbigliamento degli operatori non prevede obbligatoriamente camici bianchi. Certi operatori indossano il camice anche nei centri diurni. Prevenzioni ormai vecchie ma di cui oggi, nella maggior parte dei casi, gli psichiatri, e non solo, se ne stanno fottendo alla grande.

I dubbi del punto di vista

Antonio Giuseppe Valenti cura l'introduzione di *L'analista analizzato* di Maria Amato ritenendo, anche lui, necessario che quella storia a lungo custodita si dovesse raccontare. Sente di non poter fare a meno di chiedersi: “*la psichiatria è una scienza?*” interrogativo che aveva già accompagnato Maria nella sua esperienza attraverso i circuiti, prima, del Dipartimento di Salute Mentale, poi, degli altri servizi sanitari in cui ha cercato senza trovarlo aiuto e sostegno. Ritengo che nessuno che volesse capire il senso dell'avventura della Amato potrebbe esimersi dal porsi le domande che Valenti s'è posto, pena il rischio di non capirci veramente niente.

«*l'esperienza che il personaggio vive*» dimostra «*come determinate terapie psicofarmacologiche possano produrre seri danni alla salute mentale*».

In tanti si sono dichiarati vittime della Psichiatria che vittime ha fatto. Questa volta, se non il contrario – *Amato non è persona che ha bisogno di vittime* – è la Psichiatria ad essere posta a severa critica da parte di chi ha appena degustato, così come aperitivo, i suoi territori attraversandoli da *paziente*.

Valenti, che psichiatra non è e non lavora nei Dipartimenti di Salute Mentale, con un atto intelligente e critico, prima di guardare al racconto di Amato va a guardare quanto hanno detto alcuni luminari critici della Psichiatria e a questi fa riferimento: a Thomas Stephen Szasz che sostiene di come la

Psichiatria sarebbe una parodia della medicina e a Jeffrey Moussaieff Masson che denuncia la pericolosità di tutte le psicoterapie necessarie per imporre il punto di vista del terapeuta. Valenti, con la sua scelta, pone a noi una domanda provocatoria ma significativa: com'è possibile che chi deve redigere un'introduzione ad un volumetto si va a leggere quanto una seria critica ha detto della Psichiatria e della psicoterapia, mentre gli stessi autori sono letteralmente sconosciuti o ignorati dagli operatori che lavorano in Salute Mentale con funzione terapeutica? Ognuno si trovasse la propria risposta mentre la narrazione di Maria Amato provoca la nostra attenzione sui pericoli, proprio per la salute mentale, rappresentati dall'ignorare, più o meno in buona fede, quelle che sono le più aspre critiche passate ma anche odierne che tanti studiosi, non meno psichiatri di altri, hanno rivolto e rivolgono alla Psichiatria quant'anche sotto forma di Salute Mentale. E che dire dell'ignorato grido dei corpi delle persone ridotte a morte sociale dalla Psichiatria? E che dire dell'ignorato grido di denuncia di tante persone che hanno documentato il loro triste percorso per i luoghi della Salute Mentale? Semplice: chi, pur sbagliando porta, entra nella Psichiatria, perde, immediatamente, credibilità.

Una rivolta individuale

Con le pungenti armi della critica, del coraggio e della dignità, con lo stile dell'intellettuale Amato non s'accontenta, si rivolta.

Nonostante la pesante esperienza, Maria riesce a sfuggire al pericolo di divenire vittima della Psichiatria: se solo l'avessero etichettata come “*schizofrenica*” sarebbe rimasta schiacciata, come in tanti sono rimasti, sotto l'impietosa etichetta che avrebbe condizionato in modo permanente la percezione che gli altri avrebbero avuto di lei.

Il Dio è nel dettaglio

*«È notte ed i pensieri volano
nell'infinito dei cieli...
e dentro le stelle i sogni ci par-
lano di noi...
[...]
Gustosissimo... diremmo con
l'Analista...
Sì.
È logico, razionale... normale...
il terapeuta bravissimo...
è chiaro che scrupolosamente ha
inquadrato il tutto...
repartino psichiatrico...
tanto il poveretto è meglio tener-
lo sotto osservazione...
non si sa mai...
dal repartino...
forse sarebbe...
per caso meglio...
dargli al povero malato
(malato di che?...dettaglio irre-
levantissimo...)
un posto tranquillo...
in qualche piccolo, accogliente,
centro diurno...
poi...
se proprio sta male male...
proprio male, male...
T.S.O...
ma solo nei casi urgentissi-
mi...disperati!
Mica così a caso e per caso...
si tratta solo di aiutare la gente
che ha serissimi problemi...»*

Perché Amato scrive?

Ma perché Maria decide, uscita dalla Psichiatria, di raccontare un'esperienza, quella sua, del tutto personale e intima, fino a realizzarne una pubblicazione? Perché quell'esperienza produce in lei più di un dubbio, non ultimo quello che non fosse la sola ad aver attraversato quelle peripezie e che qualcuno, diversamente da lei, muore anche di Psichiatria o di morte fisica o di morte sociale. Per dire che non necessariamente la Psichiatria va scelta fino al punto

da restarne vittima. Per un atto di rivolta che passa anche attraverso il suo documento denuncia. Per il bisogno, sì, di porre una denuncia critica ma anche di lanciare un messaggio provocatorio per i tempi che corrono: l'importanza dell'amore, dell'autenticità, le potenzialità terapeutiche insite nella relazione empatica.

«Ma vi siete mai chiesti quale grande distruzione possono portare tali sistemi di cura assolutamente non scientifici alla nostra salute fisica e mentale? Quale assurda manipolazione dell'interiorità delle persone più deboli si cela nel termine "psicoterapia"?» Ma non solo per questo motivo. Racconta anche perché, ormai, è fuori dalla Psichiatria: la situazione di ricatto, di minaccia più o meno esplicita, di dipendenza, di bisogno assieme ai danni di lunghi anni di cronicizzazione e di annullamento di chi è dentro rende più difficile, se non impossibile, il racconto verso l'esterno di ciò che c'è all'interno. Ma non solo per questo motivo. Amato è una che ha studiato, fino all'università; una capace di prendere penna in mano e narrare, una capace di credere in se stessa e di analisi di quelle istituzioni ingabbianti. Qualche volta, anni si disagio e sofferenza impediscono a tante persone di mettersi all'altezza del racconto scritto e perfino di quello orale. Ma non solo per questo motivo. Anni di diagnosi e terapia vietano a tante persone di rimanere credibili, nella loro dignità e nella loro libertà. Perdendo la credibilità ogni giorno, la perdono per tutta la vita perdendo così la loro stessa vita. Amato, fuggendo in tempo dalla Psichiatria, evita anche il pericolo di diventare poco credibile: per il suo punto di vista, pur avendo avuto la sfortuna di un'esperienza psichiatrica negativa, ha anche la fortuna di appartenere ad una società e ad una comunità dove un matto non ha la stessa credibilità di un avvocato o di un giudice e lei, anche se

per un pelo, non è una schizofrenica ma un avvocato e un giudice onorario. Pur sentendomi io più affine ad uno schizofrenico che ad un avvocato – *punti di vista diversi* – credo che Amato abbia la fortuna, ma anche la capacità e la forza, non solo di non farsi intrappolare in una condizione di stigmatizzazione ma anche di esercitare la sua professione.

Racconta per denunciare, attraverso la sua esperienza diretta, un esempio di quella che è l'attuale manicomializzazione del territorio o, come l'abbiamo più volte chiamato, la polverizzazione del manicomio sul territorio. *«il sistema psichiatrico, non è solo quello dei manicomi, che con la legge 180 sono stati chiusi, ma è anche quello dei D.S.M., e di qualche altra struttura simile, che ai manicomi sono subentrati, dove continuano a perpetrarsi, a danno di persone disperate ed inermi, i cosiddetti “malati” le medesime atrocità, che si perpetravano all'interno dei manicomi. Le catene, da visibili, ai polsi, alle caviglie, e le porte sbarrate, con i chiavistelli, che hanno fatto inorridire molti, sono diventate invisibili, ancora più subdole, in un sistema distruttivo e violento, che predica assurdamente la non violenza, il rispetto del malato e la libertà di scelta e di cura, che ha abolito le carceri mostruose dei manicomi, ma che continua nei fatti, molto spesso, a violentare, a stuprare psicologicamente e ad uccidere, con i suoi sistemi di cura farmacologica, senza fornire prove certe e sicure di validità degli stessi, e con le sue centomila psicoterapie varie, milioni di persone. Le catene, ai polsi e alle caviglie [...] sono diventate le catene dell'anima, di chi percorrere l'inferno psichiatrico. Quasi impossibili da spezzare.*

[...]

Dovremmo tutti volgere lo sguardo oltre le sbarre visibili e guardare a quelle sbarre, a quelle catene, invisibili, ma ben presenti e mostruose,

di chi, tutti i giorni, insieme al suo fardello di disperazione e di sofferenza, unitamente alla propria famiglia, varca le soglie delle cosiddette “strutture alternative”, a cominciare dai DSM.

[...]

L'Analista Analizzato, ha il fine di far conoscere alla gente il dopo “legge 180.” Una realtà sommersa, molto spesso sconosciuta, ma di grande spessore e dietro l'angolo. Una realtà che a tutti appartiene, anche se qualcuno preferirebbe tapparsi gli occhi, passando attraverso i temi della bulimia, dell'anoressia, della violenza familiare, della malattia mentale.»

Non basta proprio, carina quanto si voglia, la vittoria di una canzone come quella di Simone Cristicchi a riaprire una seria critica alla Psichiatria come lotta in difesa della nostra salute.

Il disagio d'un padre

Il padre, amante di Bacco, anche di domenica esprime tutto il suo amore per la moglie... sotto forma di odio. La condizione del Disagio Relazionale prende sbocchi diversi e, in quell'uomo, sembra avesse preso la strada del vino. Dopo tutto siamo di fronte ad un'autogestione del disagio: l'alcol agisce diversamente da uno psicofarmaco ma sempre sul sistema nervoso, sull'umore, sulla psiche. Qualche volta è una forma di autoterapia. Anche in questo caso, ci crediate o no, un consulto psichiatrico o psicologico avrebbe suggerito la necessità di una terapia seria. Il problema non sembra consistere nel ricorso ad una protesi quando da soli non ci arriviamo quanto nella difficoltà di capire quale deve essere quella protesi e il *come* del suo uso; nella difficoltà del capire che cosa ci riduce a non farcela più.

Il disagio di una famiglia

Maria nel suo disagio ci presenta ancora una volta, voce inascoltata nel

deserto, la famiglia; non solo la sua famiglia ma, essenzialmente, la famiglia quale struttura e parte dell'organizzazione sociale. Nasce un terzo elemento a garanzia del quale una coppia genitoriale costituisce risorsa. La coppia per essere garanzia alla nuova vita ha bisogno di elementi esterni di riferimento nei quali trovare garanzia per se stessa; necessita di una garanzia esterna. Necessità anche di sue qualità che può avere come non avere. Difficilmente la tanto ideologizzata e idealizzata famiglia non è teatro di tragedia i cui attori raccontano di come nei loro corpi vive una più grande tragedia, quella della società di cui sono parte.

In una società distruttiva

Un meccanismo ad imbuto nel cui collo è strozzato l'individuo (*il figlio*) e sul quale si addensano la tragedia della vita, la tragedia della società, la tragedia della famiglia. Non necessariamente in un rapporto deterministico e in una relazione di causa ed effetto, sicuramente in una relazione di reciproco influenzamento, in un clima di competitività sbilanciata a sfavore dell'infante. Tutto in una cornice di inconsapevolezza reciproca: nessuno sa dell'altro. Una coppia che, sia per rimanere assieme che per separarsi, ha bisogno di recitare, tutti i giorni, la sua tragedia più o meno consapevolmente. Una tragedia che spesso, a tarda età, è raccontata quale realizzazione di un'alcova dell'amore capace di arrivare perfino alle "nozze d'oro" e anche oltre. Qualche volta anche una spolveratina d'incenso sul fetore d'un cadavere putrescente può servire a meglio mandare giù l'ormai ultimo vomito.

È in una tragedia che nasce un figlio

Pur volendo, qualche volta non è facile capire la tragedia che una coppia vive all'interno di una realtà sociale in

cui all'alto costo del rimanere in famiglia corrisponda l'alto costo del dipartirsene. Una tragedia per mille motivi. Per carità! Non vogliamo qua provocare la sensibilità delle persone bene che hanno famiglie bene con coppie dall'indubbia armonia in amore. Né vogliamo dare ascolto alla mamma di Maria quando dice che in tutte le famiglie ci sono conflitti. Preferiamo allora lasciare a se stesse le coppie e le famiglie riuscite, di cui ci riteniamo perfino invidiosi, e rivolgere la nostra attenzione alla famiglia di cui coraggiosamente e liberamente parla l'Amato.

È dentro un palcoscenico che recita tale più o meno consapevole tragedia che nasce un figlio, che arriva un nuovo individuo. Il ritmo della recita può avere fasi alterne ma è tutto lì. Sono solo sfumature quelle che differenziano una famiglia dall'altra, ma la tragedia è tutta lì. Niente la coppia sa dei suoi effetti perversi sul nuovo nato, niente sa questo sulla tragedia di quella coppia. Cosa poteva sapere quella ragazzina di cinque anni della tragedia che quella coppia viveva e cosa quella coppia poteva sapere della tragedia che viveva quella bambina. Ognuno inconsapevole della tragedia dell'altro. Né si può dire che il bambino abbia elementi per capire razionalmente e cognitivamente di che tipo di tragedia si tratti né del suo senso, mentre la sta già vivendo affettivamente ed emotivamente. Chi arriva a nuova vita richiede vita senza mezzi termini niente sapendo, e invischiandosi giustamente, della recita in atto. Spesso, molto spesso, la coppia non è in grado di garantire né le condizioni di vita, né le condizioni educative, né le condizioni di serenità affinché il nuovo arrivato possa crescere nell'autonomia, nella serenità, nella gioia, nella libertà, nella salute come ogni essere merita e desidera. Molto spesso non trova nemmeno pane... oggi più che ieri. Intanto si deve difendere dall'angoscia prodotta

dalla situazione conflittuale familiare dove il primo segno di sofferenza è espresso dalla condizione di difesa dal disagio relazionale che la persona vive. Qualche volta tale disagio trova sollievo in un polpettone caldo caldo e fumante, qualche altra nell'irrefrenabile bisogno di alimentare quell'affamato insaziabile che continua a cercare qualcosa che non riesce a trovare proprio perché continua a cercarlo con uno strumento che non ha ancora trovato. Ciò, a lungo andare, incrementa la condizione di Disagio Relazionale dopo avere incrementato enormemente il peso corporeo. Un circolo vizioso. Ma un'altra tragedia rimane in agguato: forse nessuno mai pur vivendo la propria tragedia sarà consapevole della tragedia dell'altro. Forse né genitori né figli si renderanno mai conto di essere il prodotto ma anche l'espressione di una tragedia più grande, che è quella della società.

Una tale consapevolezza cambierebbe in meglio le cose? È possibile che una tale consapevolezza e presa di coscienza possano essere raggiunte con l'accesso ad una *mente comune*?

Così Maria racconta di come il suo corpo si fa palcoscenico alla tragedia della società, della famiglia italiana, siciliana e della sua stessa famiglia. Ma c'è un momento in cui «*i tempi stavano mutando rapidamente*» e in cui «*il vestitino della femminuccia indifesa e sottomessa mi stava strettino, viste le dimensioni.*»

Oltre le ragioni la responsabilità individuale

Maria Amato nel suo libro racconta un universo che non finisce certo finendo di leggere il libro né può trovare spazio, nell'occasione della pretesa di una recensione. Un universo in cui ognuno trova le sue ragioni, perfino la Psichiatria, perfino lo psichiatra, perfino un padre ormai amante più di Bacco che della moglie, perfino una madre che,

pur con l'accusa di «*leccare il culo a quel pagliaccio di tuo marito!*» dice una verità: «*In tutte le famiglie ci sono delle liti e dei problemi. Il tutto sta nel superarli.*» La famiglia è una tragedia che, dove non è stato possibile prevenire, lascia a chi vi è dentro il compito di capire come superarla. Dove il «*come*» dipende da molti fattori, non ultimo da come ognuno di noi è fatto, non ultimo dal fatto che, avendo una sola vita, quando siamo riusciti ad imparare qualcosa è ormai troppo tardi; non è possibile tornare indietro. «*azzieriamo tutto e... riscriviamo la vita! [...] la mia io la rifarei bellissima. Peccato però che [...] non si torna indietro.*»

I vari soggetti trovano sì le loro ragioni ma sono ragioni che gli altri, per diversi motivi, possono non riconoscere. Per esempio che cosa sappiamo di un padre se non che tenta di ridurre l'angoscia al grido: «*Puttana! Puttana! Puttana! Vattene via! Lasciami in pace! Non ti sopporto più! Mi fai schifo! Io non ti ho mai voluta!*»? e che tenta di sedarla con un'innaffiata di alcol? Mai innamorarsi del persecutore, mai giustificare la violenza in famiglia ma il racconto non ci parla di un padre che faceva il persecutore per mestiere. Altra cosa è invece mettersi nella posizione di chi vuole comprendere, se mai ci riuscisse, cosa succede alle persone, escluse e sfruttate pure loro, che, pur non essendo violenti per mestiere, riescono ugualmente a produrre enormi danni in loro stessi e negli altri. La risposta immunitaria è risposta di difesa da un attacco esterno; qualche volta può essere talmente violenta che, avendo per teatro del suo attacco lo stesso corpo che vuole difendere, diventa autodistruttiva.

Chi sta male vuole stare meglio

«*C'è qualche speranza, dotto-re?*»

«*Il cammino sarà lungo e, purtroppo, doloroso; ma lo affronteremo*

insieme ed io rimarrò al suo fianco costantemente. [...] Lei ha tutte le carte in regola per farcela...»

Al camice bianco da anatomopatologo si lega la pipa di lusso d'osso marrone da commissario indagatore dagli occhietti vispi e luccicanti. Uno che disseziona non con la violenza del bisturi ma con la profondità dell'indagine da commissariato e che risolve con la ricetta di uno psicofarmaco, specifico, come un missile americano, dello psichiatra.

«Signorina [...] chi protegge? [...] Me, lei o il nostro rapporto? [...] Lo sa che può dirmi tutto quello che vuole ...»

Di chi cura, cosa cura chi sta male?

È radicata l'idea e l'abitudine che se uno non sta bene vuole stare meglio. E che si può dire. Siamo nell'ambito di quella situazione che chiamiamo "salute" e nella condizione della nostra salute.

Quella di curare chi sta male, anche questa è una vecchia abitudine, come quella di andare dal medico per farsi curare. La scelta può essere ampia: dal prete, all'esorcista, allo stregone, allo shamano, al guaritore, al medico, a seconda dell'idea che ci siamo fatti, o altri s'è fatto, sulla nostra sofferenza. In Occidente il medico ha superato, in prestigio e in autorevolezza in materia di salute, tutte le facoltà terapeutiche degli altri popoli. Chi ha mal di pancia non credo, almeno per quanto io ne sappia, che vada dal calzolaio o dal fruttivendolo.

Da solo non mi sento bastevole. La mia vita è un continuo di protesi che mi vengono in sostegno. Il mio accedere ad una qualsiasi protesi è sempre un riappropriarmi ricongiungendomi della parte mancante di me stesso. Ogni mio rivolgermi ad una qualsiasi protesi è un aprirsi a me della mente comune verso

la quale mi dispongo e a cui accedo nella relazione con la protesi stessa che altro non è che relazione mentale. Ogni protesi, finita la sua funzione, mi abbandona a me stesso proponendomi altre aperture e ad altre occasioni della mente comune.

Maria sta male

Certo che Maria bene non sta. Il mediatore con la Psichiatria è il *medico di pancia*. Questa le presenta uno psichiatra. Ritene di poter scorgere una presunta sofferenza psicofisica, o per meglio dire *psicofagica*, per la quale prescrive come necessaria la competenza di uno psichiatra e, possibilmente, anche psicoterapeuta. E quello lo è. Uno psichiatra di una struttura pubblica, riverito, onorato e venerato; uno, anche lui, con tutte le carte in regola come se ne trovano tanti, proprio tanti, nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale.

Un dubbio atroce

La Psichiatria è una scienza o non lo è?

La malattia mentale esiste o non esiste?

Questioni di lana caprina? Questo, no. Ma sono questioni che non hanno nessun peso, se non un peso troppo scarso, nell'ambito della difesa della nostra salute; se non altro per il fatto, più che serio, che, scienza o non scienza, malattia o non malattia, la gente che soffre di alcuni disagi va a finire tutt'oggi, da sola o inviata, in Salute Mentale, dove viene in qualche modo trattata per brevi o, nella maggior parte dei casi, per lunghi periodi. A nulla vale dai tanti l'esortazione a fare a meno della Psichiatria lì dove, anche per poco, ognuno possa trarre beneficio anche nella Psichiatria. D'altra parte, dove eminenti scienziati, studiosi, psichiatri pure loro, hanno perfino dimostrato che né la Psichiatria può essere considerata scienza né la sofferenza mentale malat-

tia, secondo canoni comuni, concordati e condivisi, poco s'è potuto, e forse niente, in distruzione della Psichiatria verso modi più liberi e più emancipativi del prenderci cura della nostra sofferenza.

Scienza di una malattia

In verità in tanti si sono prodigati a che la Psichiatria passasse dalle pratiche manicomiali alle pratiche della scienza, ma di evidenze scientifiche in Psichiatria ci sono tracce? «*L'assistenza psichiatrica è posta sempre più di fronte alla sfida delle "evidenze scientifiche"; rimane comunque aperto il dibattito su quale tipo di prove i ricercatori debbano fornire ai servizi di salute mentale, o a quale categorie di utenti siano destinate.*» In verità in molti si sono prodigati a trasformare la malattia di niente in vera malattia del cervello o del sistema nervoso; scarsamente ci sono riusciti: quando hanno trovato l'evidenza scientifica di un segno oltre che di un sintomo quella è diventata una malattia neurologica. Altra cosa.

Indipendentemente da quello che pensiamo noi, lo Stato ha dato alla Psichiatria pari dignità scientifica di tutti gli altri saperi medici, proprio attraverso la "180", come ha dato, attraverso la medicina, dignità d'esistenza alla malattia mentale. Così lo Stato contempla sia la Psichiatria che la malattia mentale; apre e dispone di servizi ufficialmente per la Tutela della Salute Mentale, concretamente per la diagnosi e la terapia di quella che da sempre è stata intesa come malattia mentale. Scritto su uno sbiadito cartoncino o su una lucida targa d'ottone.

Questione di necessità

Maria non va da un mago, da un prete; va da uno psichiatra. D'altra parte, nessuno, prima dello psichiatra, si è detto in grado di aiutarla. Credo allora che non ci sia una questione di scelta,

ma ci sia una questione di necessità e quasi di obbligatorietà: sto male; il medico mi assicura che è lo psichiatra ad occuparsi di tale sofferenza, non ho altra scelta: vado dallo psichiatra. E questo indipendentemente dalle convinzioni che Maria, o chi per lei, potrebbe avere. Quell'incontro tra la mia sofferenza e lo psichiatra se non è determinante è massimamente influente e condizionante per il resto della mia vita. È in quest'incontro che incomincia l'avventura "terapeutica".

Nessuno si rivolge ad un chirurgo, per un intervento di appendicectomia presentandosi al suo ambulatorio con un piano operatorio approntato il giorno prima a casa propria. Quella è una condizione di totale affidamento nelle mani della scienza, di delega totale. Sarà il chirurgo a decidere il trattamento e la sua modalità. Al paziente altro non spetta che subire nella speranza di una repentina e pronta guarigione.

Più che un chirurgo

È molto più di un chirurgo. La cronache sono piene di errori chirurgici. Uno psichiatra non sbaglia mai. Qualcuno può sempre chiedere conto ad un chirurgo dei suoi errori e delle sue responsabilità. Nessuno può chiedere conto ad uno psichiatra. Questo non sbaglia mai. La *malattia mentale* può essere messa in dubbio, ma nessuno deve dubitare della scienza psichiatrica. È sempre il paziente che ha torto o come persona o per la sua malattia. Di un insuccesso, fosse pure evidenziato, è responsabile la malattia non certo lo psichiatra, non certo l'inesistente progetto terapeutico o i progetti di puro e semplice intrattenimento e custodia a vista e a tempo indeterminato.

Lo psichiatra è meno di un chirurgo? Rivoltasi allo psicoterapeuta, tutto Maria può pensare tranne che dire a questi come la deve curare. A niente vale che i più valenti studiosi abbiano in-

tuito come spesso sia lo stesso paziente a suggerire il percorso per uscire da enormi sofferenze. Non sempre il percorso relativo è chiaro a chi sta male. Può cambiare psichiatra, può cambiare psicoterapeuta, ma la relazione sempre quella è: *io faccio il medico e tu fai il paziente*. Quand'è così siamo di fronte ad una relazione di puro e semplice potere, di dominio che non lascia spazio e occasione per nessuna relazione empatica e che comunque non ha elementi per convincerci di come, qualche volta, anche da essa emergano realtà di miglioramento della persona... nonostante tutto. Se enorme è la letteratura che evidenzia di quanto alla base del cambiamento terapeutico, quindi dell'emancipazione dalla sofferenza, ci sia una relazione empatica che niente ha a che vedere con la relazione di dominio; se la quotidianità dei servizi lascia emergere di come la pratica dello psichiatra sia quella di relazioni di dominio che niente hanno a che vedere con una relazione empatica; se c'è gente che, nonostante una relazione di dominio, priva di ogni spazio per l'empatia, riesce perfino a stare meglio; ci sarebbe da chiedersi, cosa che in molti hanno fatto individuando perfino una risposta, come fa la relazione di dominio ad essere terapeutica. E terapeutica lo è. La stessa storia di Maria attraverso la Psichiatria lo dimostra. Paradossalmente è proprio una relazione di dominio, di inautenticità, di manipolazione che ha provocato se non la *guarigione* un accesso alla *guarigione* di Maria. È da quella relazione che Maria capisce come anche lei rischiava di lasciarci la pelle. È da quella relazione che è scaturita la sua intuizione, appena in tempo, per rivolgersi altrove prima che si faccia troppo tardi. Un paradosso. Ma non tutti ce la fanno a *guarire* nonostante tutto. Qualche volta, dove non ci perdonano la pelle, rimangono ingabbiati in una cronicizzazione senza un giorno di manicomio. “*Guari-*

re” è in relazione a “*malattia*”. Non fossilizzazioni. Prendiamo il termine per il senso più alto che può avere di superamento emancipativo di una condizione di Grave Disturbo Relazionale con se stessi e con il mondo che ci circonda; come possiamo prendere “*malattia*” non per la categoria che vorrebbe esprimere o quale occasione per la commissione invalidità di assegnare il giusto punteggio, quanto per la condizione di troppo grave sofferenza che il Disagio Relazionale può apportare. Oggi quella che era ritenuta cronicizzazione istituzionale è ritenuta dovuta alla stessa *malattia*. Si è trovato ciò che cronicizza. Si è trovato cosa nella nuova istituzione territoriale sta funzionando peggio che nella istituzione manicomiale classica.

Tutti uguali?

Maria non avrebbe potuto trovare uno psichiatra in grado di aiutarla veramente a stare meglio? Ci sono psichiatri che riescono meglio di altri; tra questi ci sono quelli che hanno rifiutato i metodi della Psichiatria. Ma questo certamente, non vuole né può dire né che la Psichiatria sia una scienza né che si sia trovata esistente una malattia mentale. Scienza o non scienza, malattia o non malattia, c'è una Maria che si sente curata, aiutata e guarita da uno psichiatra e c'è una Maria che grida in faccia ad uno psichiatra: *dottore, lei è un pezzo di merda*.

Cosa allora aiuta una persona a stare meglio... nonostante tutto? Tra l'altro, la diffusione delle teorie psicodinamiche e psicosociali, che sostengono che il disagio mentale sia una “*malattia dell'identità psichica e sociale*”, spostano e allontanano il discorso dall'opposizione malattia/non-malattia affermando esse stesse che non siamo di fronte all'espressione di un danno organico o di un'alterazione chimica. Hanno molto più semplicemente attenuato la rigidità malattia/non-malattia: oggi ogni

psichiatra è anche psicoterapeuta e sa di teorie psicodinamiche e psicosociali. Un motivo ancora per portare la malattia dove si vuole. Lo stesso psicofarmaco è utilizzato non tanto e non come altri farmaci, essenzialmente per gli aspetti biochimici, quanto per la sua capacità di facilitare e consentire la messa in relazione. Questo è quello che dicono.

Demistificare la Psichiatria

Quello che fa Amato non è un superamento della Psichiatria come un sorpasso ed un evitamento, dal senso dell'ignoramento. Amato si incontra e si scontra con la Psichiatria. Non fa finta che la Psichiatria non esista. Sta male e tutto la porta, e Maria ci va, alla Psichiatria della quale è sulla sua pelle che *assapora* l'essenza. La relazione è elementare: prometti cura? Curami se ce la fai. La conclusione, in verità non molto affrettata se sono trascorsi anni e cambiamenti di terapeuta: non solo non mantieni la cura che prometti ma mi violenti pure.

Dopo un ricovero *«all'ospedale dei matti»* lo psichiatra trova una nuova occasione d'aggancio. Per lo psichiatra arriva la conclusione che attendeva e alla quale tutto avrebbe dovuto portare: *il riconoscimento di malattia*. Il primo riconosciuto sintomo di follia consiste nel non riconoscere la follia che, in termini moderni e moderati diventa: *il primo sintomo di malattia mentale è la non coscienza di malattia*. Questa volta è fatta! Questa volta, invece, Maria aveva definitivamente deciso di prendere la sua vita nelle sue mani.

«che cosa ne ha dedotto?»
dall'esperienza?

«che non ci sarà nessuna cura.
Me ne vado. È finita!»

«Lo sa che di lei potrei farne un caso?»

«Quando non potrete domare
l'uomo con la forza della parola, ritornerete alle catene.»

«Lei è pericolosa per il sistema.» Sentenziò il carissimo.

«Io credo nell'umanità. Io cerco umanità ed ho fame di autenticità, di verità.»

Il magico del fagico

E cosa ci poteva essere di più autentico per l'effetto immediato di soddisfazione, di piacere, di sazietà, di godimento se non quel qualcosa di fagico quale festa dell'oralità. La prima poppata al seno allevia il pianto del trauma della venuta al mondo.

«Il sipario era calato. [...] Ridevo il volto adorante di quei disperati. Gente come me, disposta a tutto per un sorriso, per una sola parola del cuore.»

Con la violenta stigmatizzazione che accompagna le persone diagnosticate ed etichettate come “malati di mente”, a superamento della quale a niente è valso lo sforzo, per molti aspetti più grave della stessa malattia, di dichiarare la “malattia mentale” una malattia come tutte le altre, raccontare una propria esperienza, anche abbastanza pesante, con la Psichiatria, è un atto di coraggio ma anche di dignità e di libertà. Se non c'è nessuno che la racconta, certa subdola violenza, anche in quei rapporti che ufficialmente sono finalizzati alla promozione della salute e all'assistenza di persone con Disagio Relazionale, non può essere evidenziata, fino al punto di essere negata, con danno ulteriore che va ad incrementare per addizione la sofferenza legata al disagio. Non raccontando quell'esperienza, l'Amato chi avrebbe dovuto proteggere? Perché avrebbe dovuto accettare complicità? Amato preferisce essere complice non della Psichiatria ma di chi, a vario titolo, cade nelle mani della nuova Psichiatria manicomiale. Maria non ha problemi o riserve a dichiarare che quella *pilloletta* la rendeva meno ansiosa e più rilassata fino ad aiutarla nel superamento dell'esame all'università. Allo stesso

modo non ha riserve quando decide di rivolgere un'aspra critica all'arroganza degli psichiatri incontrati.

Quando qualcuno se n'accorge

Qualcuno s'incominciò ad accorgere del manicomio. Allora erano giornalisti, politici vari, psichiatri *progressisti*, sociologi, movimenti rivoluzionari e altri ancora. Mancavano però i diretti interessati. Oggi se ne stanno accorgendo i "pazienti", coloro che, non trovando altro aiuto e sostegno, sono finiti nei servizi pubblici della Psichiatria. Sono sempre di più quelli che narrano la loro brutta esperienza non tanto legata allo psichiatra che, come ogni altro medico, può sbagliare, quanto legata alla modalità di funzionamento istituzionale e alla sua stessa logica.

Per chi come me la Psichiatria la conosce bene (*il mio periodo si svolge a cavallo tra la chiusura differita del manicomio concentrazionario e l'apertura del manicomio sul territorio*) sono tanti gli intimi movimenti di pensiero e di d'emozione che il racconto di Amato muove. Anche se mi è tanto piaciuto, non potrei limitarmi a dire che il libro è bello senza sminuire la bellezza della dignità e della cocciutaggine di una donna come Maria e della sua capacità, ma anche della sua scelta, di leggere nella mente dello psicoterapeuta prima ancora che questi leggesse nella sua e di denunciare tentativi vari di manipolazione oltre che l'arroganza degli psichiatri che ha incontrato.

Un lavoro importante. Grande. Credo che si tratti proprio di uno di quei lavori/ricerca necessari per disvelare l'attualità del manicomio sul territorio. Non ci sono dubbi che una persona, in una condizione di Disagio Relazionale, in una condizione in cui è disturbata la relazione con se stessa e con gli altri, possa avere bisogno di aiuto. Non sempre da soli ce la facciamo. È conseguenziale che per questo aiuto ci si rivolga

verso chi, crediamo, in materia dovrebbe avere, se non altro, più coscienza, più conoscenza, più esperienza, più dimestichezza.

L'ignoranza è sempre più che morte

Dicendo ciò non dico che la persona con Disagio Relazionale ha un guasto per tecnici o che va aggiustato da tecnici. Ci sono persone che – *e ripeto, malattia o non malattia* – si sono relazionate per lunghi anni con altre che hanno un lungo vissuto e una lunga esperienza di Disagio Relazionale. Chi ha conoscenza più approfondita di altri in settori delle umane relazioni non si identifica necessariamente come il *tecnico in quelle conoscenze* che, comunque, possono rappresentare una risorsa nella scelta del portare aiuto e del *come portarlo* dove c'è richiesta. La conoscenza non necessariamente vuole produrre tecnici. Alla base di ogni comportamento c'è una qualche conoscenza, ci sono degli elementi cognitivi. Non tutta la scienza si vuole ridurre a tecnologia. Credo che più che un forno crematorio, com'è avvenuto, quanto ad un diversamente abile si dona, per esempio, la protesi di una sedia a rotelle, che lo faccia uscire dall'isolamento e lo aiuti nell'autonomia e nell'emancipazione, siamo di fronte ad una valida collaborazione tra scienza e tecnologia. Che il tecnico sia propenso più a servire il dominio che a donarsi all'umanità è un altro paio di maniche.

Se non ritengo corretto il processo di stigmatizzazione delle persone con Disagio Relazionale, altrettanto non ritengo corretto quello di persone che hanno conoscenze e saperi di tipo psichiatrico. La critica rivolta alla Psichiatria non è certo per stigmatizzare lo psichiatra quanto per non dimenticare la responsabilità che storicamente ha accompagnato la Psichiatria attraverso i suoi metodi "terapeutici" e per far sì

che lo strapotere di un'istituzione non si ripresenti più distruttivo di prima. La critica rivolta allo psichiatra non è tanto quella di ritenerlo *il lupo cattivo* della situazione quanto quella di aver agito e di agire in una logica di strapotere, di comportarsi come se conoscesse pur sapendo di non conoscere, di attribuire alla *malattia* ogni fallimento, ogni errore, ogni cinismo della Psichiatria; di contribuire con tale modalità di comportamento ad un più subdolo processo di cronicizzazione nella sofferenza per di più *addebitandolo* alla *malattia* stessa; di preferire il cinismo della relazione di dominio all'amore della relazione empatica; dello spreco di energie per mantenere una facciata che trasforma la sua da professione dell'aiuto in pratica dell'arroganza esautorativa di ogni altra modalità del porsi che si distanzi dalla sua.

Non tutti sono disposti ad utilizzare le conoscenze allo stesso modo. Qualche volta la conoscenza può perfino servire a capire che non potrà mai essere utilizzata in senso liberatorio. Non mi trovo d'accordo con chi sostiene, in modo più o meno esplicito, che più si è ignoranti meglio ci si può relazionare con chi vive una particolare condizione di Disagio Relazionale. Non tutti quelli che hanno conoscenza *in e di* disagio sono dei tecnici aggiustatori né sono dalla loro conoscenza vincolati ad emettere diagnosi o etichette varie. Ho abbastanza esperienza per aver visto il danno prodotto da tanti psichiatri, ma anche i comportamenti distruttivi, violenti e repressivi di quanti, ignoranti come capre, hanno prodotto più che danni nei confronti di persone con vissuti di disagio. Con rispetto parlando per le capre.

Scaturisce dal non aver trovato la malattia mentale la conclusione che più ignoranti si è più si può prestare valido aiuto? Forse dal ritenere che l'esperienza vissuta sia un problema so-

lo per chi ci sta intorno e non per chi la vive; così, facendo a meno di chi ci sta intorno disturbato dalla nostra esperienza, possiamo esperire questa in tutta la sua essenza e in tutta la nostra serenità. Scaturisce forse dal ritenere che tutte le persone soggette di un qualche Disagio Relazionale stiano percorrendo, incomprendibilmente per gli altri, un viaggio verso la santità? E che c'è di meglio che l'esperienza, ancora calda calda, di Natale, in lotta contro satana, per capire se la sua sia un'esperienza verso la santità? Natale Adornetto ha scritto un libro documento e testimonianza della sua avventura attraverso la Psichiatria: [*Vengo dalla piccola valle, Edizioni Tracce, Pescara 2006, Narrativa, pp. 316, € 18,00; per richiedere il libro contrassegno: E-mail a "redazione@tracce.org"*]. E che ci sarebbe di meglio? L'esperienza di Natale rincorso da satana e da diavoli vari, accompagnata dalle reazioni conseguenti che includevano nel gioco persone, oggetti e ambienti vari del suo contesto, era disturbante e conturbante solo per gli altri che si vedevano presi dentro il suo ciclone confusivo o era un'esperienza dolorosa, di violenza, di confusione prima di tutto per lui in prima persona? Escludendo la violenza della Psichiatria in cui si è imbattuto, quanti di quelli, oltre che non tecnici, il più possibile ignoranti, hanno potuto e saputo rispondere alla sua richiesta d'aiuto? Il modo di porsi più condivisibile non appare allora quello del *lasciateli fare e lasciateli stare* quanto quello della scelta, nella volontà, nella motivazione, nella responsabilità di un *viaggio sintelico* che rispondesse alla richiesta di Natale; sempre che ogni movimento, compreso lo stesso viaggio sintelico, non si trasformasse in un movimento diretto dallo stesso satana. E poi, avendo individuato una delle caratteristiche essenziali nel disagio relazionale che crea sofferenza, angoscia, panico, chiusura, autismo, allontanamento,

esclusione, violenza cieca, una tra le possibili risposte non è sempre quella che mira a più che ad incrementare ad attenuare il disagio di stare con noi stessi e con gli altri? E che potere ha l'ignoranza, già abbondante per ogni dove, di rappresentare la migliore risposta proprio in quanto non risposta? Giovanni le cui voci offendevano gravemente perfino la madre morta: «*to matri è pulla!*» [*«tua madre è una puttana!»*], facendolo andare su tutte le furie, aveva già ottenuto più di una risposta dall'ignoranza: quella di chi finiva col fare a botte con lui, col minacciarlo, col mandargli i carabinieri quando affacciandosi al balcone chiedeva conto e ragione al negoziante sotto casa accusato di avergli offeso in quel modo la madre. Non erano psichiatri, non erano tecnici della mente, non erano tecnici dell'aiuto, né erano consapevoli di problematiche relazionali legate al cosiddetto fenomeno delle voci. Erano ignoranti e rispondevano da ignoranti. Ignoranti sicuramente per quella tipologia di fenomeni.

La questione e la possibilità di aiuto non è solo questione di conoscenza, di sapere, di consapevolezza, di presa di coscienza di problemi e vissuti delle persone. Che tutti possiamo imparare a fare meglio nelle nostre relazioni con altri che ci appaiono d'un vissuto non comune è un altro paio di maniche; cosa diversa dal dire quasi che più ignoranti si è meglio è. Senza dire che quelle dette *esperienze alternative* sono condotte da gente con *funzione di regia* che si coinvolge nelle varie problematiche anche in senso conoscitivo fino a farsi capace di apprendere in campo anche andando ad informarsi e a formarsi attraverso le altrui più avanzate esperienze.

Critica al cinismo psichiatrico

La Psichiatria, anche oggi che si presenta sotto forma di Salute Mentale,

si sente criticata con poco, proprio con niente, nella logica, nei metodi, nelle pratiche. Ma parlare di critica è parola grossa per qualche sporadica e superficiale osservazione utile al massimo, come la pioggerellina nell'arsura, a sollevare un po' di polvere in un terreno crepato dal sole; oltre che superficiale anche osservazione parziale quando questa ferma il suo sguardo all'osservazione e all'analisi del trattamento dei pazienti.

L'esperienza che ho condotto finora in Salute Mentale mi suggerisce che, oltre che questione di strutture istituzionali, è anche questione di uomini – *può essere?* - che si muovono in strutture e all'interno di certe logiche. Gli operatori della Psichiatria, prima che operatori sono uomini e come uomini gli psichiatri non sono tutti uguali. Il fatto è che gli operatori, uomini, all'interno della Psichiatria, si psichiatrizzano come uomini e incominciano a funzionare, molto spesso acriticamente, in una logica comune, quella psichiatrica fino a perdere ogni connotazione di umanità e a rivestirsi di quello che appare, oltre i titoli accademici e le medaglie al valore, come usuale e molto comune cinismo.

L'équipe integrata nel coalizione

L'integrazione ha il senso del fondersi assieme. Il fondersi è una modalità relazionale in vista e in funzione di un progetto e un metodo condiviso. Spesso la critica ignora o sottovaluta che un trattamento prima di depositarsi sulla nuda carne dei pazienti deve passare per la creazione di una situazione di coalizione. In tal senso si abusa di concetti come quello di "*gruppo di lavoro*", di "*équipe*" che possono diventare il tutto e il contrario di tutto, fino al punto che, dove uno psichiatra non s'è imposto su tutti esautorando ogni altra funzione e ruolo professionale, dire che un tipo di cura è stata decisa in *équipe* è

come dire che quello è il miglior tipo di cura... in quanto le funzioni e i saperi di tutti i professionisti componenti l'équipe vi trovano rappresentazione.

L'anima, la forza, il motore di una tale metodologia autoritaria, lontana perfino da ogni metodologia sanitaria, sta nella forza *dell'istituzione dell'abitudine*, quale *forza abitudinaria*, reazionaria e violentemente reattiva nei confronti del pur minimo cambiamento. "Abbiamo fatto sempre così". Ogni tentativo di forzatura è denunciato come atto terroristico e come atto di "incompatibilità ambientale".

Pericoli dell'intrattenimento

È il controllo nell'intrattenimento che giustifica la *coalizione*. Tra gli spazi per la follia, paradossalmente, quelli che mantengono più connotati di natura manicomiale sono le cosiddette *strutture intermedie* – Centri Diurni, Case Famiglia, Comunità Alloggio, Comunità Terapeutiche e similari. In tali strutture, mentre la letteratura esperienziale in "riabilitazione", criticabile per quanto si voglia, propone percorsi ormai abbastanza avanzati, nella concretezza di ogni giorno si recita l'*in-trattenimento* attraverso la *coalizione nella coazione a ripetere* comportamenti e logiche ereditate dal manicomio.

Intrattenimento, come "in"-*trattenimento* e *trattenimento dentro*, dove il "dentro" non ha necessariamente esclusivamente solo il senso dello spazio fisico, ma ha il senso dello *spazio della dipendenza*: dentro uno *spazio di dipendenza* che, in potenzialità, ha superato le spesse mura dello spazio fisico. Ma è un *in-trattenimento* benevolo che si caratterizza più per gli strumenti del commercio che per quelli del manicomio.

Un'idea di "intrattenimento". «L'intrattenimento è un'azione, un e-

vento o un'attività che ha come scopo quello di divertire e interessare un pubblico (il "pubblico" può essere composto anche solo da una persona). Questo pubblico può avere un ruolo passivo, come nel caso di uno spettacolo teatrale, o attivo, come nel caso di un videogioco. Le vacanze, i giochi, la lettura e l'osservazione di opere artistiche non vengono considerate generalmente intrattenimento ma piuttosto come riposo poiché l'intrattenimento generalmente richiede che il fornitore dello spettacolo sia visibile allo spettatore, con l'eccezione dei videogiochi. L'industria che fornisce questo tipo di servizio è definita "Industria del divertimento". L'intrattenimento può attirare un pubblico ed influenzarne le azioni e i pensieri.» [http://it.wikipedia.org/wiki/Intrattenimento].

I pazienti non sono più trattenuti dentro il manicomio, sono rinchiusi dentro i loro corpi e trattenuti dentro *spazi di dipendenza* a cui non si può sfuggire. Se in quegli spazi c'è la morte sociale fuori da quegli spazi non c'è vita. Una chiusura senza nessuna forzatura, senza lucchetti e senza portoni ferrati. L'operatore psichiatrico, nella maggior parte dei casi, non ha più bisogno di sporcarsi le mani, ormai è il paziente che sa cosa fare.

Tale intrattenimento si realizza essenzialmente negli spazi del fittizio della Salute Mentale e va, alla faccia della Salute Mentale stessa, sotto il nome di "riabilitazione". In questo senso dovremmo vedere che cosa ne pensano autori come Mark Spivak o Paola Carozza.

Ogni condizione di *in-trattenimento*, come mantenimento di persone e gruppi dentro uno *spazio di dipendenza*, è realizzabile solo ed esclusivamente in seguito ad una qualche teoria prodotta a proposito o a sproposito (*la responsabilità è della malattia mentale che è così, quindi del paziente*) e ad

un qualche controllo ad uopo organizzato. È la condizione di controllo che giustifica e spiega la coalizione degli operatori nel mantenimento dell'intrattenimento. Le équipes, ignorando quanto perfino le relative professioni prevedono, si coalizzano nella condivisione e nella conduzione e nella realizzazione dell'*in-trattenimento*.

Oggi, le professioni sanitarie, come quelle del medico e dell'infermiere, anche in Salute mentale, realtà criticabile per quanto si voglia, sono in possesso di quelle conoscenze e di quei saperi necessari ed indispensabili per prevenire ed evitare le condizioni di in-trattenimento e contribuire alla provocazione della promozione della salute, alla promozione relazionale, dell'emancipazione delle persone. Tali teorie, tali saperi, tali conoscenze sono ignorate o esautorate per motivi diversi fino a realizzare un taglio con le stesse proposte della Salute Mentale, una separazione tra le teorie e le pratiche nei servizi. È fuori di dubbio che, in forme e manifestazioni diverse, l'in-trattenimento, la scarsa se non nulla considerazione dei profili professionali sanitari, dei codici deontologici delle rispettive professioni, sono tutte manifestazioni di un diverso modo di produrre manicomio. È fuori di dubbio che quando il responsabile di un servizio di Salute Mentale impedisce all'infermiere in vario modo di esplicitare la sua professione sia secondo il profilo professionale, sia secondo il proprio codice deontologico, sta spingendo quell'operatore sanitario a produrre manicomio all'interno della Salute Mentale. È fuori di dubbio che quel responsabile ha un comportamento molto più simile a quello di un vecchio direttore di manicomio che di un moderno responsabile della sanità attuale.

Mentre la funzione dell'équipe qualche volta è proprio quella di creare una condizione di coalizione coerente

nei confronti della quale il paziente si sente impotente, dentro la quale si sente rinchiuso e annichilito e da cui non si può svincolare se non incrementando la sua rabbia, la sua angoscia che, tassativamente, vengono rilette come sintomo della malattia, vengono ritratte farmacologicamente in un circolo vizioso da cui la persona, già problematica di suo, non può uscirsene nemmeno con le ossa rotte. Un gruppo che si coalizza assumendo un comportamento complottuale non lo fa perché qualcuno ha deciso di sedersi a tavolino e di programmare e progettare assieme come realizzare una coalizione. È una modalità di agire di operatori all'interno dell'istituzione che diventa l'abitudinario tacito accordo di ogni giorno.

Non è improbabile vedere di come il comportamento, sicuramente dichiarato patologico, di un paziente altro non sia che la riflessa risposta a qualche forza che s'è stretta intorno al suo collo in modo asfissiante. Un trattamento – e se non fosse così non sarebbe trattamento – necessita che tutta l'équipe curante raggiunga un accordo omogeneo sulla sua modalità. Lungi da un progetto terapeutico comune, concordato e condiviso con il paziente, se un operatore ha deciso, con finalità in qualche modo punitive (*certi comportamenti se non sono terapeutici non hanno motivo di esistere diversamente che come punitivi*) che a quel paziente non va concesso un diritto, quello che può essere ritenuto un piccolo privilegio, tutti gli altri operatori si devono adeguare, la condividano o meno, a quella decisione. Diversamente il gruppo non è compatto... e il gruppo, l'équipe deve essere compatta. Ma su che cosa? Non si può sapere. Un meccanismo da caserma.

Prima del paziente è trattato il gruppo

Il trattamento psicofarmacologico, accompagnato da diagnosi e terapia, gestito dallo psichiatra; quello psicologico è gestito dallo psicologo; quello sociale è gestito dall'assistente sociale; quello assistenziale è gestito dall'infermiere. Una separazione di interventi non coordinati attraverso spazi diversi: sala colloqui psichiatrico, sala colloquio psicologico, sala intervento assistente sociale, vari spazi assistenziali.

L'intervento di ogni professione è nello stesso tempo un intervento tecnico e relazionale. I vari professionisti condividono un trattamento relazionale che permette loro di avere in comune uno spazio relazionale. C'è poi l'intervento più coordinato, quello del cosiddetto *lavoro in équipe integrata*.

La cultura e la formazione degli operatori di un servizio del DSM può avere storie e origini diverse. Ai professionisti, pur nell'ambito della pubblica dipendenza, è riconosciuta dai rispettivi profili professionali l'autonomia professionale. Ciò comporta che non tutti sono obbligati ad avere un approccio simile o uguale o clonato alla sofferenza, nel rispetto comunque delle *evidenze scientifiche* dove ci sono. Ogni professionista può teoricamente scegliere tecniche, metodi e modelli progettuali specifici della professione. In Psichiatria, lo psichiatra, molto spesso, esautora tutte le altre professioni: lui è psichiatra, analista, psicoterapeuta, psicologo, assistente sociale, infermiere e perfino ausiliario. Di fatto molto spesso non fa nemmeno lo psichiatra però interviene in ogni condizione in cui ritiene perché portatore di uno *scibile enciclopedico*. Sapendo di tutto e sapendone più di tutti, realmente esautora le potenzialità delle altre professioni riducendo l'*équipe integrata* al minimo comune denominatore: *intrattenimento*. Un fenomeno, ma anche

un costume istituzionalizzato, molto consueto anche se di fatto realizza una nullificazione di professioni, professionisti, *risorse umane*.

Cosa giustifica la nullificazione della professione? Ancora un minimo comune denominatore: *il quieto vivere*, la *pace sociale del servizio*. È la ricerca di tale vivere, del non starsi a preoccupare più di tanto, il condurre tutte le pratiche al più basso livello di coinvolgimento quindi di qualità che è quella manicomiale, il livello dell'intrattenimento. Il risultato è che l'intrattenimento che per gli operatori corrisponde ad *un quieto vivere nella pace sociale del servizio* per i pazienti corrisponde all'incremento della cronicizzazione.

L'intervento dello psichiatra nei confronti di altri operatori, essendo anche relazionale ma in una logica di dominio, quasi sempre diventa esautorativo di tutti gli altri: il suo, intervento relazionale ma da una prospettiva autoritaria spesso priva della pur minima autorevolezza, arriva al punto da prescrivere agli altri operatori perfino la relazione, di prescrivere, per esempio all'infermiere, la relazione come se prescrivesse un psicofarmaco, evidentemente sempre in modo orale e senza traccia documentale. A tal proposito, per esempio relativamente all'infermiere, gli psichiatri che ho incontrato sostengono, più o meno esplicitamente, che, trattandosi di una *patologia particolare* come quella della "*malattia mentale*" l'assistenza nella parte spettante all'infermiere non può essere delegata totalmente all'infermiere. Un esautoramento d'ufficio.

Dove un operatore non partecipa di quella coalizione istituzionale lo psichiatra vede un pericolo, come un pericolo individua il gruppo tutto che incrementa la coalizione oltre che nei confronti del paziente *anche* contro l'*elemento di disturbo*. La creazione del

clima di coalizione fa sì che sia il gruppo stesso a subire il primo trattamento, di cui si fa artefice, prima che questo arrivi sulla pelle del paziente, in modo che il trattamento del paziente si realizzi con coerenza, coordinamento, accordo e consenso. Un gruppo che vive in una condizione di coalizione come quella qui accennata è un gruppo che vive il pericolo di una *condizione perennemente stressante* che, in un circolo vizioso, lo rende ulteriormente pericoloso: per allentare la morsa del controllo e della repressione che sente essersi creata prima di tutto su se stesso non si fa scrupoli di controllare e reprimere anche i pazienti. Tutto passa per *terapia*, cura, riabilitazione e, se questo l'ha detto lo psichiatra, nessuno verrà a metterlo in dubbio. Tale consenso è necessario in più occasioni: se si deve eseguire un TSO, se si deve dare una punizione... certamente sotto forma di terapia o di riabilitazione, se si deve tenere un SPDC chiuso a chiave o inserito fuori da un contesto ospedaliero, se si deve portare all'obbedienza un paziente o un operatore a cui si richiede complicità piuttosto che assistenza; se si deve evitare la produzione di documentazione sanitaria, se si deve praticare nel massimo silenzio una terapia senza mai una qualche prescrizione medica psichiatrica. Stiamo parlando non certo del manicomio concentrazionario; stiamo parlando del manicomio diffuso sul territorio. In un Centro Diurno (*struttura semiresidenziale intermedia a carattere sanitario socio-riabilitativo*) se il gruppo di lavoro, con il beneplacito del responsabile che ne sponsorizza il modello, decide che, se arriva dopo le 10, un paziente non mangia a pranzo, quella decisione diventa legge. Come si giustifica quell'orario? In mille modi tutti impeccabili. È giusto. Il paziente deve sapere che *ci sono leggi e vanno rispettate*. Un'eredità viva della *terapia morale*. Ma il problema non è questo, men-

tre è quello che anche la peggiore delle stupidaggini, mai rappresentante un reale e insuperabile problema, diventa legge non tanto per l'importanza che il suo essere legge riveste per la funzionalità del servizio e per l'efficacia e l'efficienza terapeutica quanto perché è attraverso quella legislazione che si controllano le persone e che l'équipe realizza il quieto vivere: un controllo che può consistere anche nel semplice realizzare quel clima di routinarietà che evita agli operatori la fatica di starsi a frastornare più di tanto. Cosa vuol dire? Semplice. Se l'infermiere si preoccupa, per nient'altro che per una corretta esplicitazione della sua professione, di capire perché il paziente non arriva puntuale, di capirne le difficoltà, in vista di un loro superamento, i bisogni, il senso, di capire se magari ha avuto una mala nottata che gli ha impedito di arrivare in orario, di capire se magari *si è carico di terapia* al punto che al mattino gli diventa allucinante alzarsi dal letto; se gli permette, per una sua scelta assistenziale, di accedere al pranzo, quello è un infermiere discolo, da trattare pure lui; è fuori coro, fuori branco, incompatibile, non partecipa del coalizione, non adeguato al gruppo, non integrato nel gruppo. Il metodo di quell'infermiere che più che in una relazione di dominio si incontra con i pazienti in una relazione empatica, diventa un metodo pericoloso assieme allo stesso infermiere. Il branco si coalizza anche contro lui, come si è coalizzato contro il paziente.

Non sto parlando di piccolezze, sto riflettendo sul clima di controllo che si può creare anche all'interno di un Centro Diurno di riabilitazione; e sto dicendo che una situazione di controllo, si sviluppasse dentro un manicomio o dentro un Centro Diurno sempre controllo è. Sto dicendo che il personale sanitario non può permettersi, o non dovrebbe permettersi, una relazione di dominio ad una relazione empatica.

Piccolezze. Occorre la scienza di Leonardo per capire che, oltre ad una questione di igiene, è cosa se non altro cortese che un gruppo di persone possa pranzare più che in piazza nel riservo di una stanza? Quale scienza occorre per capire che è più dignitoso, più confortevole, più bello, più igienico, più... mangiare su una tovaglia da tavolo piuttosto che su una appiccicosa cerata di plastica? Eppure, anche in un Centro Diurno, in una sala da pranzo la porta chiusa e, se non proprio una tovaglia, un rotolo usa e getta diventano *rivoluzionari* e oggetto d'attenzione da parte di operatori vari e di sabotaggio da parte di responsabili. Per non dire che molto spesso non esistono posate metalliche, si mangia con posate di plastica e masticano alimenti precotti. In una mediceria dove si praticano intramuscolari e terapia infusiva può mancare perfino un lavandino per l'igiene delle mani. Può non esistere nessuna documentazione infermieristica. Da parte dell'infermiere, fare attenzione a queste cose non è prestare un'assistenza corretta professionalmente e deontologicamente ma è non essere integrato al gruppo e incompatibile ambientale. L'atteggiamento di dominio dello psichiatra per potersi imporre sui pazienti si deve prima imporre sugli operatori più o meno consenzienti e in special modo su quelli non integrati.

Subdola violenza

Maria Amato racconta altri aspetti non meno problematici e non meno repressivi della Psichiatria. Una di quella sottile e subdola violenza attraverso immagini sottratte alla rapacità e all'archivio psichiatrico. Non è facile descrivere tutti i movimenti affettivi messi in moto dalla lettura di quel racconto e dalla cocciutaggine di una donna capace di leggere nella mente dello psichiatra prima ancora che questo leggesse nella sua. Un lavoro importante;

proprio uno di quelli necessari per disvelare l'attualità del manicomio diffuso sul territorio.

Un percorso chiarificatorio

Non ho dubbi che una persona, in una condizione di Disagio Relazionale, in una condizione in cui è disturbata la relazione con se stessa (*Maria non si piace certo nella sua dimensione corporea che per lei era diventata un peso enorme*) e con gli altri, ha bisogno d'aiuto. Un bisogno più o meno dichiarato, più o meno esplicitato. Non sempre da soli ce la facciamo. È conseguenziale che per questo aiuto ci si rivolga verso chi, in materia dovrebbe avere più coscienza, conoscenza, più esperienza. Maria, e non è la sola, finita in Psichiatria. Paradossalmente è proprio quel percorso dentro la Psichiatria, proprio per il modo in cui è andato, ad averla danneggiata da un lato ma a permetterle, dall'altro, di uscirne in qualche modo vincitrice, con le idee più chiare, con più coraggio, con più decisione di prendere la propria vita nelle sue stesse mani.

Perché la Psichiatria è un problema

Ogni medico, specializzato in Psichiatria, può sempre prendere pubbliche distanze dalle pratiche di una Psichiatria manicomiale all'interno di istituzioni per la Tutela della Salute Mentale. Non è per un insulto se, relativamente all'esperienza raccontata da Maria, credo che si possa parlare di un "*superamento*" della Psichiatria, nonostante tutto ma anche solo grazie al come Maria è dentro tutta questa storia. Un superamento non per pignoramento ma attraverso un fattivo coinvolgimento.

Ma quello da Maria descritto è l'unico modo di trovare aiuto o di non trovarlo? Ci può essere una modalità migliore ma anche una peggiore e qual-

cuno ci rimette perfino la pelle. Storie diverse; scelte diverse, bisogni diversi e diversi modi di ricercare soluzioni. Malattia o non malattia non è detto che il problema sia questo. Non è detto che se la Psichiatria è un problema sia un problema per tutti: se una persona sta male, irrimediabilmente male, e può trovare sollievo nel trattamento della Psichiatria è buona la Psichiatria; per quella, la sua scelta, è buona quando la Psichiatria ha prestato la migliore e più qualificata assistenza. La Psichiatria può essere anche un problema quando attribuisce, come normalmente fa, tutto, e prima di tutto i suoi fallimenti, alla *malattia*. Allora si fa doppiamente responsabile; inventa di sana pianta una malattia, la impone pur sapendo di non averla mai trovata e si comporta come se realmente l'avesse trovata addossandole perfino tutte le responsabilità dei suoi fallimenti e del suo cinismo. Non c'è una volta che la Psichiatria non abbia fatto "*tutto il possibile e immaginabile*" ma non c'è una volta che la Psichiatria non abbia addossato tutte le responsabilità alla malattia. Nello stesso tempo non c'è una volta che "*tutto il possibile e immaginabile*" possa essere mostrato in modo documentale nei tempi, nei modi, nelle tecniche, nelle metodologie, nelle verifiche, nei soggetti, nei ruoli. Non c'è una volta che "*tutto il possibile e immaginabile*" possa essere portato alla luce e messo in relazione ad evidenze scientifiche e comunque all'inflazionata letteratura che comunque esiste. In che cosa consiste "*tutto il possibile e immaginabile*" non si può mai sapere. C'è da spararsi andando a leggere la documentazione clinica che in molti sostengono non deve esistere come cartella clinica in Salute Mentale. I fallimenti e l'intrattenimento cronicizzanti sono descritti come *non compliance del paziente alla terapia*. La colpa è sua, noi non c'entriamo niente; abbiamo fatto "*tutto il possibile e immaginabile*".

Semplice, no? Ma molto più semplicemente non è mai in grado di rispondere a domande anche semplici che denuncia come provocatorie: qual è la malattia, qual è il danno organico, qual è la giusta terapia, qual è il trattamento di quella malattia e se quel trattamento, previsto da una letteratura inflazionata, è stato messo in atto, in che spazi, in che modo, in che tempi. Molto più semplicemente la Psichiatria non deve rendere conto a nessuno. Una istituzione di autoreferenzialità.

Ma *non si può lavorare* mettendo in dubbio ogni giorno la realtà di una tale terribile sofferenza. È meglio allora darsi delle certezze definitive e imporle come indiscutibile religione. E allora? Anche in tale modalità le persone possono trovare sollievo: ognuno deve, nonostante tutto, sentirsi libero di trovare sollievo anche nei problemi della Psichiatria. Ma è di libertà che si tratta?

Qualche volta... una buongustaia

Però, nella vita, non si sa mai. Qualche volta arriva una buongustaia che ha scelto, dopo un allenamento nella sofferenza, una leccata di cane ad un sorriso a pagamento; che ha scelto la gioia basilare e fondamentale dell'oralità alla inautenticità dell'*amore a pagamento* prima di una madre poi di uno psichiatra psicoterapeuta e, inaspettatamente, va a scavare, a ficcare il naso nei più reconditi significati e agiti della Psichiatria postmanicomiale per trovarla più che manicomiale.

Certo che gli psichiatri non sono tutti uguali. Ci mancherebbe! Però sono tutti gli psichiatri a produrre una difesa di casta mentre contati sono quelli che riescono concretamente a prendere le distanze, nella pratica giornaliera, da metodologie che, più o meno responsabilmente, continuano in una logica manicomiale.

Allora quella di Amato è una stiletta a ferro di cavallo in faccia a chi dietro il potere di un titolo e un posto al sole manipola realmente, concretamente, la vita delle persone. Ma la manipolazione è l'unico modo in cui la Tutela della Salute Mentale può aiutare la persona portatrice di un Disagio Relazionale? Nella maggior parte dei casi sembrerebbe di sì, nei servizi pubblici.

La famiglia esclusa

Qualche volta la s'incontra in un confronto serrato con la madre. Ma esistono ancora come valide le teorie che cercano, anche se non legati in una relazione di causa ed effetto, nella famiglia degli elementi di influenza nella sofferenza relazionale? «*ti potrai curare. Che ci posso fare ora io?*» «*Io non credevo che ti potesse fare male.*» La psichiatria biologica ha fatto fuori ogni ipotesi: se si tratta di una malattia, che cosa c'entra la madre o la famiglia?

Si era parlato della famiglia non quale *causa* di “*malattia mentale*” ma come condizione che, molto spesso, non osservata da un punto di vista deterministico ma analizzata in una logica relazionale, avrebbe contribuito alla produzione e al mantenimento di condizioni di Disagio Relazionale, relative a tutti i componenti e non certo solo ai figli anche se questi possono essere ritenuti più sensibili allo stress di origine familiare. Di quello che in violenza, in relazioni di dominio, tutte cose diversamente spiegate e spiegabili, avviene nei contesti famigliari della *sacra e consacrata famiglia*, sono piene le cronache. Cose che tutti possono vedere. Ci sono altre situazioni relative alla comunicazione tra i membri, relative al reciproco agito giornaliero, al clima di Kafkiana incomprendimento che alla cronaca sfuggono o non è dato sapere fino a quando prendono la via dell'assassinio. Al grido di “*salviamo la famiglia*” i suoi membri si suicidano o vengono uccisi. Se niente

c'entra la famiglia con il Disagio Relazionale di un suo membro, perché ci dovrebbe entrare con la “*malattia mentale*”, una malattia come tutte le altre? Già la famiglia l'aveva protetta Freud quando si accorse delle bambine abusate proprio dentro e con la connivenza della famiglia. Non si può andare a guardare dentro la famiglia se questo significa nello stesso tempo andare a guardare un po' più in là verso una fonte più ampia di disagio e sofferenza.

Nessuno scandalo, nemmeno quando si sostiene che la famiglia può rappresentare una buona risorsa nel portare aiuto ad un suo membro con Disagio Relazionale.

Certamente, Maria è di tutt'altra idea. Ma si può pretendere che la sua parola, come quella di tanti altri con esperienze simili, abbia un senso, un significato, una verità? Penso che la storia di Maria ci venga ancora a suggerire che, anche se non in senso deterministico, in un rapporto di causa ed effetto, le nostre relazioni familiari, con i componenti più prossimi come i genitori, hanno sempre una qualche relazione con il nostro Disagio Relazionale.

Il senso della propria esistenza

«*Quale vita?! La mia cambierà solo se mi verranno date delle possibilità reali ed io avrò le palle per saperle sfruttare, altrimenti per me non ci sarà nessun futuro.*» Ma si può pretendere che uno psichiatra, che tutta una struttura deputata alla Tutela della Salute Mentale si possa occupare delle possibilità reali della gente? Il lavoro del chirurgo finisce quando ha tolto l'appendice. Lo psichiatra cos'ha di diverso dal chirurgo? Che l'appendice non la toglie mai e non si occupa di trovare possibilità reali per la gente. Un punto di vista olistico? Ne siamo ancora completamente lontani... anche perché si tratta di una scelta di metodo che lo psichiatra non ha scelto.

Il rigore della scienza in camice bianco

L'incontro con il "diverso"; un incontro in rigoroso camice bianco. Tutta una relazione gustativo papillare.

Lui, come un ricercatore, individua nascosti condizionamenti inconsci dei quali consiglia sbarazzarsi, mentre già si ritiene in pieno rapporto e in cammino intrapreso. Una cosa seria. Niente. Una cosa tutta sua. Il titolo depista: più che l'analista analizzato – suavia non esageriamo! – si stava proprio trattando di un analista degustato. Una delle tante prelibate leccornie. Se volete: un analista analizzato con le papille.

La pillola della felicità

Tra un confronto continuo con la madre, tra le rigidità di un padre che vuole andare a miglior vita, tra le problematiche famigliari, l'arena prima su cui si regge la società, e la foto ricordo del diploma appesa, può comparire, onorata e benvenuta, un'enorme torta alle fragole. C'è da scegliere? Quando i momenti sono d'angoscia, per più d'un motivo, giù la pillola della tranquillità e giù a letto mentre il padre va giù in barrella. Fino a quando il pacco di pillole finisce in borsetta sempre pronto all'occorrenza. Fino a quando ogni fetta di torta si alterna con l'angoscia e questa con una pillola. E la pilloletta calma davvero. Non è questo il *segno* che la malattia c'è? Una conclusione ex iuvantibus. Le terapie ex iuvantibus, che cercano di arrivare dove il rimedio secolare della medicina non arriva, se fanno parte del fine curativo non riescono ad inventare di sana pianta una malattia che non si trova.

L'aggancio

Intanto quell'essere a forma di cosciotto aveva avuto ragione; dopo tanto tempo lo chiamò e via in tutela della Salute Mentale. Era stata "aggan-

ciata". Uno sfegatato pavoneggiamento, un interessamento ad orologeria che, quando mai ci fosse, finisce a scopo raggiunto: *l'agganciamento*. Quello dell'agganciamento è tutto un rituale, un corteggiamento, un lancio d'amo: chi è folle lo è anche perché prima di tutto non riconosce d'esserlo. Il riconoscimento della follia è indispensabile per accettare il trattamento dello psichiatra; il riconoscimento della malattia è indispensabile per l'accettazione della terapia medica e per la *compliance*. E lei è stata agganciata.

Quando la carne incontra l'osso

Ma qualche volta il piatto è scarno. Dentro qualche spanna di stoffa verde s'intravede una specie di stecchino calvo e tutto ossa. E questo è troppo. Invidia che corrode. Ma chissà che gli opposti non si attraggano. Ma non era un lui. Era una lei. Aveva anche lei la sua scatola di pillole. Le stesse. Intanto l'incontro con lo psichiatra conferma la sua fame continua nonostante la pillolina che aveva ridotto l'altra in attesa ad osso senza pelle. Uno psichiatra tutto disponibilità. Un continuo alternarsi tra festa di gola, tremore nervoso, vomito, pianto. Gesti di bestia affamata si avventano sugli avanzi della sera prima. Il momento è certo difficile. Sente che il padre è in partenza per le vie dell'altrove. Si vogliono così bene! Continua a mangiare e vomitare.

Una fessura sul buio

Ormai il ritmo è preso: una scorpacciata di tutto ciò che capita sotto mano e via, giù una pillolina. E poi, quel bravo medico, si può chiamare quando si vuole a tutte le ore.

«Assassini! Assassini! Farabutti!» un urlo dietro la porta chiusa. Sempre porte chiuse trova in questa Salute Mentale. Se lo chiede: «Chissà perché veramente si diventa in quella maniera?» «quel tizio [...] sembra, effettiva-

mente, un po'... diciamo... strano». “Strano”, non certo pazzo o malato di mente. Uno strano non deve andare dallo psichiatra, ma uno malato di mente, sì.

Una condizione dove tutto ciò che ti circonda assume una connotazione culinaria e stimola appetiti diversi.

Va in Salute Mentale e la porta di lui è chiusa. Era stata la bella dottoressa ad averglielo presentato. Li trova veramente tutti umani, troppo umani. Mentre attende dietro la porta di lui intravede lei, la bella dottoressa, nella sua stanza. Si sente *tradita* dallo psichiatra che ha scelto la bellezza della collega alla sua. «*Mi si schiarirono un po' le idee.*»

Quello ha capito tutto...

Tutta una serie di colloqui dell'assurdo.

La sensazione è quella di trovarsi di fronte ad uno psichiatra che ha capito tutto. Questo è un punto di differenza tra lo psichiatra e, per esempio, il chirurgo. Può capitare che un chirurgo di Palermo o di Catania che non abbia capito ti manda, si fa per dire, al Nord, da un altro chirurgo... o viceversa. Uno psichiatra, in qualsiasi posto ti trova, è sempre uno che ha capito tutto: è il paziente che incomincia a fuggire da uno psichiatra all'altro. Quel *tutto* che ha capito però vuole, a conferma, gli venga raccontato dalla signorina. Questa sa, ma non vuole *cantare* mentre vuole solo essere un po' più serena... e giù psicofarmaci: «*Sono specifici per lei.*» Sembra niente, ma quando si dice che uno psicofarmaco è specifico e questo lo dice uno psichiatra, quello psicofarmaco agisce anche meglio. Lei le medicine le prende e anche con beneficio. Supera un esame, anche grazie all'aiuto delle pillole, e comunica immediatamente la notizia a lui. La scienza ha vinto. «*Ho preso le sue pillolette e dopo c'è stata l'interrogazione.*»

...ed ecco la diagnosi

Il cuore di Maria s'è spostato di residenza, dal petto allo stomaco. È dallo stomaco che provengono le sue emozioni e non certo dal cuore. «*E i farmaci a cosa servono?*» «*Esclusivamente a calmare il dolore.*» Ma bisogna scendere in profondità. Un viaggio nel buio, ma guidato. Lo psichiatra è sicuro di aver individuato problemi con gli uomini da parte di Maria: «*i miei drammi sentimentali inesistenti.*» «*Lei ha problemi con gli uomini! Lei odia gli uomini!*» Ecco una diagnosi. Malata di odio per gli uomini?

Il padre è ancora all'ospedale, in medicina generale. Maria, le cose le vede e le dice. Non sopporta quel dolore da commediante della madre che la fa proprio ridere. Angoscia d'un argomento che non si può né affrontare né condurre a soluzione.

Tutti gli altri sono belli: il medico e la dottoressa che sembra avessero un filing; la professoressa di lettere, magra, con una passione per la letteratura psicologica di alto livello. E poi l'albero. Disegna un albero senza radici al caro dottore. Due interpretazioni diverse. Due diagnosi. Tra Maria e quel professorone ormai è una sfida. Maria si rende conto di averlo nelle sue mani ed è qua che incomincia, anzi, è già a buon punto, l'analisi dell'analista. Anzi la degustazione profonda dell'analista.

La diagnosi continua proprio attraverso il nuovo albero con le radici e tutto colorato. Lo psichiatra continua con il ritmo di chi ha capito tutto e si trova di fronte ad una grassona che non capisce niente o niente vuole capire. Cerca di strapparle una qualche pietosa confessione, convinto che ha bisogno dell'uomo: «*ho avuto il caso di una paziente [...] venne da me. E si liberò di tutto. [...] Scelse di vivere.*» Cerca una confessione da parte di Maria che non sa che cosa confessare mentre lo psichiatra la indirizza alla confessione che

lui ritiene valida... fino a suggerirgliela. «Deflorazione!» «Inibizioni! Ansia di liberazione!» «Disadattamento sociale.» «Disequilibrio psicologico.»

Fossi stata maschio

Il desiderio del maschio c'è veramente. Ma è stato trovato all'indirizzo sbagliato. La mamma compiangere «il mancato suo concepimento del mio fratellino immaginario»; «figlia mia! Se almeno fossi stata un maschio!»

«È forse questo il problema di tutta la mia vita? Femmina! Niente maschio!» Sull'argomento un momento di colloquio e di confronto è impossibile con la madre che non riesce ad intravedere nemmeno lontanamente gli effetti che situazioni e scelte passate hanno potuto avere nella vita di Maria che si angosciava di più frustrata nel desiderio e nel bisogno che mamma potesse capire. Ma nemmeno Maria è in grado di capire che mamma, a torto o a ragione, e magari sicuramente in buona fede, ha fatto in quel modo perché non è stata capace di fare altrimenti.

E la responsabilità personale? Non è una pelliccia da collo. Quale responsabilità. Che responsabilità può ritenere di avere una mamma che dice di volere un maschio al posto di una femmina?

Forse c'è un problema per la responsabilità personale. Dopo che una cosa è fatta, è possibile accettare l'idea che, il suo artefice abbia fatto quella cosa perché non ne avrebbe potuto fare un'altra? La possibilità di scelta, forse c'è fino a quando le azioni non sono fatte; ma, una volta che l'azione è stata compiuta, è quella perché si vede che non poteva essere un'altra?

Senza apriorismi né generalizzazioni. Appare importante non sminuire la responsabilità individuale, quindi la possibilità di scelta, mentre dovremmo anche capire, volta per volta, se siamo

in grado di scegliere e se siamo capaci di responsabilità.

Tra la mamma e Maria ci sono tempi diversi. Maria trova una "cosa" già fatta. In buona o cattiva fede è già cosa fatta. In più in una situazione in cui lei capisce, perché ne vive gli effetti negativi, mentre la madre non è in grado di capire e, se capisse, indietro non potrebbe tornare. L'immediatezza del bisogno prevale sempre sulla responsabilità che lascia il tempo che trova.

Una relazione familiare di profonda ipocrisia dove parlare di decoro le fa venire il vomito.

Magre sott'osso

«sempre magro, naturalmente». Dicendo "magro" è come se dicesse senza pensieri e senza problemi. Ne avesse incontrato una grossa o grassa. Piace o non piace è così che si dice. Tutte sott'osso e belle invidiabili. La vita sembra l'abbia preso di petto e che ce l'abbia con lei. Tutte magre. Schifosamente belle, bellissime dee, dolcissime veneri. Ma c'è differenza? Per qualche aspetto, almeno per uno, no: anche tra le veneri ci sono pazienti dello psichiatra. Un particolare? Certo; ma un particolare dove si nasconde il Dio.

Scelta sicura

È già dallo psichiatra mentre un incidente le racconta di una morta per avvelenamento da psicofarmaci.

A caratteri cubitali è scritto "PIZZERIA". Rosticceria. Tavola calda. Deve sempre scegliere? Quando mai! L'altra insegna è: Tutela Salute Mentale. Scelta subito fatta. Dalla degustazione di entrambe sceglie sempre la prima. Preferisce sempre l'elemento fagico. Mi suona come "magico". E poi, che differenza c'è? Il magico è così magico che fa scomparire il fagico facendosi invisibilmente ma gustosamente magico. Non è solo un gioco di parole. È in tale potere del fagico di farsi magico che dove

non s'è trovata la malattia si trova una abitudine; una buona abitudine o, se volete, per voi, una cattiva abitudine. Un fagico così magico dove la massa diventa, sì, un peso, ma un peso che scompare sotto la magia del fagico. L'argomento apre l'appetito ma qualche volta porta alla fossa.

Mangio quindi esisto

Il cogito ergo sum è una bazzecola nata dalla costola di qualcosa di più serio: mangio, quindi esisto; se mangio, vuol dire che esisto. Solo dopo, se avrà fatto in tempo, arriva il cogito. Finalmente trovo qualcosa che mi fa esistere. Cosa importante... se non mi facesse esistere nell'inesistenza d'un corpo rifiutato. Un fagico che mi fa esistere per non esistere. Un fagico doppiamente magico. Una sfida per lo strizzacervelli. Il fagico di una che ha fame. Chi è affamato è uno che cerca. E cercando Maria ha trovato l'essenza della Psichiatria.

Ancora quei caratteri cubitali di contenuto diverso tra cui scegliere. Inequivocabile scelta: ancora l'elemento fagico.

L'incontro con una collega di reparto è l'occasione di un colloquio interessante, di quelli che piacciono a Maria. Di quelle cose autentiche. Che vengono dal cuore. Due paroline che la fanno piangere tutta la giornata sotto le lenzuola. E finalmente una riflessione su il "normale" e il "diverso". Eureka! Finalmente dieta! E lo psichiatra a cui fanno paura le mosche bianche che sono come le pecore nere, le ficcanaso che parlano assai e pensano assai e il pensiero che è azione abominevole. Il contatto con i matti, il parlare con la gente, il comprendere con il cuore la sofferenza accettando la propria.

Pericolosa per il sistema

Quel cartoncino sbiadito si trasforma in una maestosa targa d'ottone... ma ancora Tutela Salute

Mentale. Dopo le dimissioni dall'ospedale dei matti s'incontra ancora con lo strizzacervelli.

«*Lei è pericolosa per il sistema*» sentenza il carissimo; e Maria «*l'essere umano, al suo cospetto, è meno che cacca!*». Questa è veramente folle. Più folle proprio perché ha capito tutto. Di una follia per la quale non ci può essere spazio nella Psichiatria.

Oltre la critica

«*Sono a casa. [...] Sono ancora viva.*»

«*Ho compreso [...] che dentro agli altri si legge con il cuore e per amore.*»

La critica alla Psichiatria, merita; va bene pure quella allo "strizzacervelli"; quella alla manicomializzazione del territorio è critica d'oggi e contestualizzata, ma è anche necessaria un'uscita o, se si vuole, un accesso alla rivoluzione verso una modalità relazionale diversa tra gli uomini e non solo indirizzata a chi è portatore di un qualche Disagio Relazionale. La Critica all'istituzione Psichiatrica, anche sotto forma di Servizi Territoriali per la Tutela della Salute Mentale, è critica non ideologica ma critica che analizza per indicare e denunciare cosa in una istituzione, pure deputata al sollievo della sofferenza, finisce per essere non solo di scarso aiuto ma perfino di sofferenza aggiuntiva e di cronicizzazione nella morte sociale. Una critica nata, da un lato, dal bisogno di comprendere l'altro «*con il cuore e per amore*»; dall'altro dall'aver capito, sulla propria pelle, che, nella Psichiatria non c'è spazio, per la *relazione empatica*. Per un fatto semplice ed elementare: nonostante tutte le critiche che hanno portato alla "180", l'istituzione della Salute Mentale, si fonda sulla relazione di potere e di dominio che mai può lasciare spazio ad una relazione empatica. Che poi le professioni sanitarie si fondino su altre qua-

lità e altri codici deontologici alla Psichiatria non interessa niente.

La relazione empatica alla relazione di dominio

Dopo tutto quel bisogno di comprendere l'altro con il cuore e per amore altro non è che il rapporto umano, ma anche terapeutico, basato sulla metodologia della relazione empatica, sulla relazione empatica. È così importante il capire il valore della relazione empatica per la comprensione dell'altro, cosa impossibile all'interno di una relazione di dominio, che Edith Stein, Benedetta della Croce, ci guadagnò la santità. Personalmente ho poca familiarità e dimestichezza con i santi e affini vari ma Edith Stein fu una tra le prime filosofe fenomenologa ad aver approfondito il significato e l'importanza della relazione empatica. La relazione di potere e di dominio è altra cosa dalla relazione empatica... *“irrinunciabile”*. Nelle professioni d'aiuto, come lo sono quelle sanitarie, non ci sono dubbi di quanto, contrariamente alla relazione di dominio che ammalia, la relazione empatica sia di fondamentale importanza per il percorso terapeutico emancipativo. È proprio quella relazione empatica, cercata da sempre, che Maria s'aspetta e che, in diversi specialisti della mente non trova, che la fa concludere col dire: *«Fra me e l'egregio strizzacervelli [...] non c'è possibilità di incontro. Parliamo lingue diverse. Crediamo in cose diverse: inconciliabili. [...] io ho compreso che non vi è crescita interiore se non vi è un guardarsi dentro con il cuore.»* E cos'è quel *guardarsi dentro con il cuore*, con amore, se non *“incontro”* ma non l'incontro qualsiasi ma l'incontro che ha la qualità della relazione empatica, dell'empatia? Altra cosa dalla relazione di dominio che è negazione e distruzione dell'incontro.

E ancora: *«Nulla è cambiato. Il mondo non cambia. Il pesce grosso*

mangia sempre il pesce piccolo. Altro che progresso! Ed il pane ce lo guadagniamo tutti sulla pelle degli altri: quelli più disgraziati di noi.»

Finisce qui quanto la presente recensione ha deciso di suggerire quale invito al libro della dottoressa Maria Amato. D'altra parte se una recensione può avere la pretesa di un invito, questo si rifiuta di trasformarsi, cosa che mai potrebbe, in clonazione dell'opera stessa. Sono tanti i limiti che pone la recensione, se non altro perché ho ritenuto dare una panoramica e non certo toccare tutti i punti già toccati egregiamente dall'autrice; questi comunque possono essere superati proprio con la lettura integrale dell'opera stessa, ma anche con la denuncia e la rivolta individuale contro chi promette terapia e produce dominio.

Maria Amato

nasce a Palermo nel 1969. Vive a Santo Stefano di Camastra (ME). Laureata in Giurisprudenza, è abilitata all'esercizio professionale di Avvocato. Dal gennaio 2002 esercita funzioni giudiziarie onorarie presso il Tribunale di Patti, distretto di Corte d'Appello di Messina.

Maria Amato

L'ANALISTA ANALIZZATO

**Edizioni Progetto Cultura 2003
Casella Postale 746
00144 Roma
Via San Roberto Bellarmino,6
00142 Roma**

160 pp. 12 euro

**Telefono
0697617077
numero di cellulare 3402106688**

<http://www.progettocultura.it/index.htm>

info@progettocultura.it

¹) Dottore in Scienze Infermieristiche