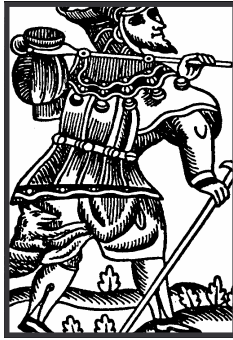


# CONTRARIA - ETNEM ΑΙΡΑΡΤΙΜΟΣ - ΜΕΝΤΕ

[www.contraria-mente.it](http://www.contraria-mente.it)



## MA CHE BELLE CALZINE ROSSE

*La relazione empatica alla relazione di potere.  
A proposito dell'Analista Analizzato di Maria Amato.*

a cura di

*Gaetano Bonanno*

Affinità relazionali. Saranno lontani tra loro. Ma tra i due ci sono delle affinità e delle relazioni che li avvicinano a condizione che la mia curiosa follia, proprio da *incompatibile ambientale*, s'è voluta in qualche modo mettere sulle tracce di queste affinità. È per questo che ho voluto condurre il presente discorso accompagnandomi a due personaggi per me importanti: Michel Foucault, storico e filosofo francese, morto a Parigi, nel 1984, all'età di 58 anni e la dottoressa in Giurisprudenza Maria Amato che vive e lavora a

Santo Stefano di Camastra, in Sicilia. Di Foucault considero quanto ha detto in *Follia e psichiatria, Detti e scritti (1957-1984)*, Raffaello Cortina Editore, Milano, prima edizione 2006. Di Maria Amato considero quanto ha raccontato in *L'analista Analizzato*, Edizioni Progetto Cultura, 2003. Importanti, l'uno perché mi insegna a riconoscere le strutture di potere, il loro funzionamento e i danni che il potere attua e produce giornalmente attraverso la relazione di potere, l'altra perché mi racconta una concreta esperienza del potere psichiatrico di cui parla Foucault vissuto e pagato sulla propria pelle. Se uno mi racconta le strutture e i danni della relazione di potere e l'altra il doloroso vissuto di quella relazione credo che i due personaggi abbiano qualcosa in comune tra loro. Cattive compagnie. Ma perché questa scelta? Per una questione relativa ad un aspetto dell'affinità: la "incompatibilità ambientale" che, per diversi motivi, ci accomuna. Né Foucault, né Amato, né io, sebbene a livelli diversi, siamo d'accordo con il potere e con il suo più evidente strumento: la relazione di potere, quindi *incompatibili ambientali*.

Alla base del discorso c'è una diagnosi, quella di "incompatibilità ambientale", prodotta dalla psichiatria e che può riguardare la persona in Disagio Relazionale (*da questo momento in poi: Di.Re.*) o l'operatore, che si trova a lavorare in Salute Mentale, non consenziente, non complice, in disaccordo, non collaborativo, a-compliance con tante delle pratiche dell'attuale Salute Mentale condotte in una logica subdolamente manicomiale e di potere.

Perché uno psichiatra può emanare un verdetto simile? Da quale scienza trae l'autorizzazione e da quale diritto?

"Incompatibilità ambientale". Se c'è *incompatibile ambientale*, dove l'ambiente è quello della normalità, prima di ogni altro è il folle; oggi il "malato mentale", incrocio di una non trovata malattia e di una non trovata mente. Se l'ambiente è quello della psichiatria, oggi Salute Mentale territoriale e l'*incompatibile ambientale* è un "paziente" questa molto generica, ma non per questo meno stigmatizzante, *incompatibilità ambientale* viene inserita nella categoria delle malattie di competenza della medicina e diagnosticata tra le categorie nosografiche della malattia mentale. Se l'ambiente è quello della psichiatria, oggi Salute Mentale territoriale e l'*incompatibile ambientale* è un "operatore", questa molto generica, ma non per questo meno stigmatizzante, "incompatibilità ambientale" viene inserita nella categoria del *tradimento dell'azienda* per violazione del contratto collettivo di lavoro. L'istituzione psichiatrica e l'istituzione aziendale si incontrano nella gestione di una logica comune: la pura e semplice gestione di potere attraverso una strategia comune: *la strategia delle montature*.

Io e Maria Amato siamo stati diagnosticati dalla stessa psichiatria come *incompatibili ambientali*. Maria Amato non era una persona che, trascorrendo un momento difficile della propria vita, si era trovata a dover porre una grossa richiesta d'aiuto ma una talmente *incompatibile ambientale* da essere dallo psichiatra ulteriormente diagnosticata (*lo psichiatra diagnosi fa e non altro*) come *pericolosa per il sistema*. La stessa psichiatria dichiara me "incompatibile ambientale" in quanto, dal punto di vista dello psichiatra che ha diagnosticato (*e se non ha diagnosticato ha fatto qualcosa di non sua competenza che, se non vado errato, in giurisprudenza si chiama, come minimo, abuso di potere*), quello che faccio io, il mio agito, la mia opera in qualità di infermiere è, non quello che si richiede e a cui è chiamato un infermiere che lavora in Salute Mentale, ma un parlare in più, un parlare sopra le righe, fino ad un comportamento *incompatibile*... proprio per il semplice ed elementare motivo di non voler da parte mia corrispondere a richieste compatibili più con una logica manicomiale e di guardianità ma non aderenti in nessun modo né alle richieste del modello della Salute Mentale né alle più comuni metodologie assistenziali di

natura infermieristica. Quella che la psichiatria mi rivolge è una diagnosi, sia in quanto nasce all'interno della psichiatria, sia perché è emessa da uno psichiatra (*e lo psichiatra fa diagnosi*), sia in quanto è l'etichettatura, sempre da parte dello psichiatra, di un comportamento che non riguarda il rapporto di lavoro con l'azienda sul quale lo psichiatra non ha titolo per pronunciarsi. Se sull'operato professionale di un infermiere si può pronunciare solo il collegio degli infermieri (IPASVI) e relativamente al contratto di lavoro si può pronunciare o il sindacato o altro ufficio aziendale e non certo la psichiatria, l'etichetta dello psichiatra è ancora una volta, e a maggior ragione, una diagnosi. E se non è una diagnosi che cos'è? Forse una modalità ancora una volta di utilizzare una diagnosi proveniente dallo psichiatra in una prospettiva punitiva? Ne ha tutte le sembianze.

A questo punto il concetto di "*incompatibilità ambientale*" è diagnosi con un doppio statuto: con uno statuto psichiatrico, perché nasce all'interno della psichiatria, e con uno statuto del *diritto del lavoro* che, accogliendo quanto la psichiatria diagnostica, ne fa anche una *malattia del lavoro* in quanto violazione del codice del lavoro.

Che c'entra tutto ciò con il libro di Maria Amato? Una qualche relazione, se la si vuole trovare, c'è. Quando un operatore della Salute Mentale, un infermiere nel mio caso, è accomunato ad un paziente sempre di Salute Mentale dalla diagnosi di "*incompatibilità ambientale*" (*cosa che fa perfino onore*) comunque formulata, e quando tale diagnosi, non proponendo, correttamente e coerentemente, differenza tra operatore e paziente, è prima di tutto una diagnosi psichiatrica perché è proprio in psichiatria che nasce (*è lo psichiatra che propone tale diagnosi, in seguito accolta e fatta propria dall'azienda*), il comportamento repressivo che si produce e se ne evince, se, per la psichiatria come anche per l'azienda, è un *buon motivo* di gratuita repressione, nello stesso tempo non è *anche* una magnifica occasione per una migliore comprensione tra un operatore della Salute Mentale ed un dichiarato *paziente della Salute Mentale* che, da punti di vista diversi, subiscono un *trattamento di potere* dalla medesima istituzione? E quale più importante processo terapeutico c'è di quello che si sviluppa in una condizione di grande comunicazione e comprensione tra un "*paziente*" e un "*operatore della Salute Mentale*"?

Una diagnosi punto e basta.

1) "*malattia mentale*". Quale malattia mentale? Semplice: una delle tante.

2) "*incompatibilità ambientale*". Quale? Semplice: fate voi.

Non so se senza l'etichetta di "*incompatibilità ambientale*" che la psichiatria ha inciso sulla mia pelle sarei riuscito a capire, come credo di aver capito, quanto mi ha narrato la dottoressa Amato del suo incontro con la psichiatria e quanto doloroso e angosciante sia stato il suo vissuto all'interno di un'istituzione per proteggersi dalla quale non aveva nessuna difesa se non l'amore di se stessa e il suo vivido intuito?

Ma una cosa nel frattempo credo di averla capita: *quella diagnosi non è stabile*. È una diagnosi il cui peso cresce col crescere della preoccupazione dell'istituzione per il pericolo di una sempre migliore e sempre più ampia comprensione tra l'infermiere e i pazienti che per un qualche motivo gli chiedessero assistenza.

Poi c'è però un'altra comprensione che la psichiatria riesce a controllare meno, quella che s'è stabilita per esempio tra me e la dottoressa Amato, o come quella che si stabilisce tra me e tanti altri diagnosticati dalla psichiatria; comprensione che fonda i suoi movimenti sulla relazione empatica e sul chiaro rifiuto della relazione di potere.

Niente di nuovo. È sempre la vecchia questione della cecità del potere che quando deve fare danno lo fa ad ogni costo e senza piangere sul danno provocato. In questo siamo di fronte ad una stessa logica, anche se con strategie diverse, tra il comportamento dei mafiosi organizzati e il comportamento dei mafiosi di pari dignità che occupano dalle più

quotate poltrone ai più miserabili sgabellini della pubblica amministrazione. Per inciso, credo che veramente sia il tempo di rivedere, sicuramente da un punto di vista diverso da quello mafioso, il concetto “*la mafia non esiste*” in quanto tra *relazione di potere* e *relazione mafiosa* non c’è proprio nessunissima differenza se non per l’iconografia che ogni azione, a qualsiasi tipologia appartenga, si porta dietro. Cosa manca della *relazione mafiosa* allo psichiatra che dice a Maria: “*sulla tua testa comando io*”? E cosa manca alla stessa espressione della *relazione di potere*?

Dalla parte della psichiatria. La psichiatria attuale, per intenderci quella di origine e in una logica manicomiale, si ricicla nel territorio attraverso lo Statuto della Salute Mentale, fino a divenire un tutt’uno con questa.

È evidente che, indipendentemente dagli aspetti teorici aggiornati, lo statuto della Salute Mentale permette tale riciclaggio. I servizi del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) sono dentro uno statuto, dentro una logica.

Maria Amato, a partire da una sua esperienza personale, rivolge una forte critica alla psichiatria. Ma mettiamoci anche dalla parte dello psichiatra, cosa che Maria ha fatto sin dall’inizio della sua avventura quando s’è rivolta ad uno psichiatra:

se io sono psichiatra

se lo statuto mi autorizza ad una diagnosi e ad una terapia

se mi autorizza a certi spazi

se diagnostico folle uno ch’è folle, malato mentale uno che malato mentale è

devo sentirmi pure colpevole o responsabile?

Maria s’era totalmente messa dalla parte dello psichiatra:

- va bene che fai lo psichiatra

- va bene che hai trovato una malattia mentale... anche se non mi hai detto qual è

- va bene che mi hai fatto una diagnosi

- va bene che mi hai prescritto i tuoi spazi e i tuoi tempi

- va bene che mi hai prescritto psicofarmaci che ho assunto

- va bene che il tuo statuto ti permette tutto ciò.

Ma una cosa non va bene più:

- che tutte queste tue azioni si fondano su una relazione di potere

- che imponi subdolamente tale relazione facendo sì che io non me ne accorga e

non lo capisca

- che lasci esplodere tale relazione in tutta la sua violenza e prepotenza quando ti senti ormai scoperto nella tua fittizia impresa terapeutica fino a rivolgermi l’accusa dal tuo punto di vista, giusta l’intuizione, di essere *pericolosa per il sistema*.

- che, dall’analisi che t’ho fatto, tutta la tua psichiatria più che produrre relazioni terapeutiche produce solo ed esclusivamente relazioni di potere umilianti la persona, la dignità umana, la libertà individuale.

Maria, allora non è d’accordo con quanto dice lo psichiatra che comunque non trova fuori statuto. Infatti non ci parla di una psichiatria che ha trasgredito il suo statuto mentre ci narra un momento intimo, del tutto personale, segreto e fuori statuto, dell’incontro con lo psichiatra; del “*colloquio*”, del momento del confessionale, del momento della *camera caritatis*, della stanza dell’amore, di un posto dove nessuno ci possa sentire, del segreto dell’urna, del momento resistente ad ogni statuto, del momento della più alta relazione di potere della psichiatria. Di quella relazione nei confronti della quale ogni statuto, per criticabile che sia, più o meno valido che sia, può saltare senza lasciare traccia di dubbio.

La malattia spiega tutto.

È il nervosismo che me lo fa fare. Una grande buona volontà.

Ne aveva capito la pasta. L'aveva pesato. Ne aveva toccato, odorato, degustato e intuito la stoffa. Gliel'aveva detto in faccia più volte. Gliel'aveva gridato in faccia in tutta la sua verità mentre tutti sentivano. Tutto s'era trasformato ed era diventato *la verità della follia*. Erano e sono le parole che ritornano al mittente con tutta la loro velenosa angoscia.

Anzi ora è migliorato, ma prima addirittura era peggio.

Scuse, scuse, scuse e ancora scuse e pentimenti. Un profondo senso di colpa. Da suicidio. La miserabile ma tragica prostrazione nel bisogno ricattato.

Quante scuse. Quante promesse d'essere più buono e di gratuita collaborazione. Di non volerlo fare più. D'essersi sbagliato. Un acuminato cilicio al costato e alla lingua. Una profonda prostrazione. È il nervosismo che me lo fa fare. È la malattia. Aveva molto semplicemente, correttamente, coerentemente e onestamente, detto in faccia ciò che aveva capito chiaramente oltre ogni accusa di follia, oltre ogni diagnosi di schizofrenia, oltre ciò che rimaneva dopo lunghi anni di psichiatria che l'aveva anche visto oggetto dell'elettroshockterapia. Ma proprio perché aveva capito, solo perché all'interno di una diagnosi psichiatrica e all'interno di uno spazio della follia, diventava, immediatamente, il discorso di un folle. Un discorso di niente.

È il muro di gomma.

Quella mattina, appena arrivò al servizio, lo apostrofò col sott'intendere: vedi stronzo... che sei tu lo stronzo? Io, sono così bravo! Che belle calzine rosse. Mi era immediatamente venuto in mente il lupo della favola di Cappuccetto Rosso. Una intuizione che se m'era piaciuta ho anche scacciato perché non si stava per niente trattando di una favola.

Arricciano il naso. Non reggono le critiche. Affilano i coltelli. Ci sarà sempre qualcuno che presterà ascolto al confessionale.

È così fuoritempo il manicomio?

Se il manicomio, per diversi motivi, è stata una delle più terribili pratiche della psichiatria;

se i riformisti e i riformatori, psichiatri in primo luogo, hanno prodotto la legge "180" quale decisione di chiusura del manicomio, legge che costituisce l'attuale statuto della psichiatria;

se il tenere presente quell'esperienza è monito contro il pericolo di ripetere già gravi errori;

se la letteratura che si occupa della possibilità che abbiamo di portare aiuto e assistenza alle persone in Di.Re. è ormai inflazionato di tecniche, metodi, esempi esperienziali che vanno a costituire una possibilità per le "*buone pratiche*";

perché il ricercare, e tra l'altro l'individuare, elementi della logica manicomiali nelle attuali pratiche dei servizi di Salute Mentale, ricerca che dovrebbe essere alla base di ogni azione in una prospettiva terapeutica, è, invece, esclusa, criticata, criminalizzata, bandita, repressa, censurata, punita, denunciata?

Apparirà fuoriluogo, fuoritempo e fuorimoda parlare di manicomio in tempi Salute Mentale sul territorio. Forse non è corretto, per i più, né coerente con la realtà attuale definire, quella di oggi, *condizione manicomiali* volendo sottolineare le analogie che ci possono essere tra la *cura* del disagio relazionale nel manicomio e la *cura* sul territorio. Non ci sembra corretto solo se confrontiamo l'iconografia che il ricordo o i documenti storici ci lasciano del manicomio con l'iconografia degli attuali spazi della follia ma, più corretto e appropriato, metodologicamente e tecnicamente, potrebbe apparire, se la ricerca preventiva di azioni in una logica manicomiali, si inserisse nella normale pratica di assistenza

più o meno medicalizzata alla persona in Di.Re.

Se il discorso sul disagio relazionale ha innumerevoli filoni e si può sviluppare per diversificati sentieri è solo uno dei tanti che sto percorrendo.

Quando considero le analogie tra ieri e oggi della psichiatria mi riferisco ad un elemento che rappresenta una costante in tutti i vari momenti del prendersi cura della condizione di Disagio Relazionale: l'elemento potere. Dell'elemento potere non sto guardando la struttura che può cambiare mantenendo integra e costante la funzione e gli effetti del potere stesso sotto forma di *relazione di potere*; sto guardando il potere non da una prospettiva ideologica ma proprio nel suo esprimersi e realizzarsi come *relazione di potere*.

Il conoscere la realtà manicomiale odierna attraverso ciò che c'è scritto nei libri e nei manuali è cosa diversa dal conoscerla attraverso la realtà dei servizi dove, più o meno condivisibile che sia, troviamo che le concrete realizzazioni dei servizi sono veramente molto lontani da quanto dettano o propongono gli aspetti teorici. Il Documento Programmatico del Forum Salute Mentale, presentato a Roma, il 16 ottobre 2003, dichiara: «*Ridurre la dissociazione che molti da tempo avvertono tra enunciati e pratiche nel campo delle politiche della salute mentale è il motivo fondante l'incontro di oggi e la proposta di lavoro del Forum per la Salute Mentale di cui abbiamo voluto la nascita e proponiamo qui lo sviluppo.*»

Quelle fonti partecipano della conoscenza ma sono molto parziali, come lo sono i dati raccolti attraverso le cartelle cliniche. Nel 1997/98 lavorai alcuni mesi presso il manicomio di Palermo per una ricerca su quello che veniva chiamato "*residuo manicomiale*": le persone che erano sopravvissute al manicomio per le quali si prevedeva un rientro in un qualche spazio territoriale. Il lavoro passava anche per la ricerca di dati dalla cartella clinica. Le cartelle cliniche, storiche, che fine hanno fatto? Esistono più? Quelle mostrate erano, per lo più, costituite da pochi fogli di sintesi che andavano a costituire il contenuto delle nuove e aggiornate cartelle. C'era gente rimasta internata per quarant'anni. Nel manicomio, anche se le annotazioni in cartella erano normalmente scarse e, quelle rimaste, per più di un motivo lasciavano l'impressione di non potersi ritenere autentiche né veritiere, in quarant'anni si sarebbe dovuto accumulare tanto materiale. Niente. Solo cartelle sunto del sunto. Se avete avuto nonni, parenti e zii al manicomio, provate a chiedere alla Direzione Sanitaria dell'AUSL la loro documentazione storica. Sarebbe un bell'esperimento oltre che per conoscere i vostri parenti per capire come, se tracce documentali fossero rimaste, come loro siano stati totalmente ingoiati fino a scomparire nella psichiatria.

Anche oggi, andando a vedere com'è redatta, quando lo è, una documentazione sanitaria, c'è da strapparsi i capelli. Una fonte di dati più attendibile è il paziente stesso come frequentatore dei servizi psichiatrici. Ma anche lì c'è da sapere leggere. La lettura che, a partire dallo psichiatra, se ne fa, è del tipo: *frutto di una terribile e incurabile malattia che porta la persona a cronicizzarsi*. Questo, in modo più o meno esplicito.

Ricostruire, anche con molti vuoti, la storia personale di una persona con lunghi anni in Di.Re. è ricostruire la storia della psichiatria, anche di quella postmanicomiale. Cosa improbabile. Ricostruire la storia clinica il cui deposito è costituito dalla documentazione sanitaria, obbligatoria e non facoltativa, appare cosa impossibile. Chi è poi in grado di andare a verificare l'autenticità del contenuto della documentazione clinica depositata nei vari servizi della Salute Mentale? Come verificare che il contenuto di una documentazione sanitaria sia autentico? Tutte cose stramaledettamente risapute sulle quali abbiamo steso il silenzio della nostra immunizzazione, della nostra rimozione, della nostra complicità, della nostra delega allo statuto che avrebbe dovuto camminare sulle proprie gambe. La canzonetta di Sanremo che mette tutti con la coscienza a posto parla di un manicomio

che fu evitando, cosa facile per una canzone e un cantante, di andare a guardare dentro il più subdolo manicomio diffuso sul territorio. Per scoprire qualche volta che quella rimozione organizza nuove gabbie intorno alle persone diagnosticate dalla psichiatria.

Per esempio è sicuramente la mia malignità a farmi ritenere che quello che la dottoressa Amato racconta con dovizia di particolari, anche se ha dovuto necessariamente realizzare una sintesi e una selezione tra gli innumerevoli appunti, nel suo libro non trova riscontro in nessuna documentazione sanitaria. Non stiamo parlando di un romanzo; stiamo parlando di un libro documento. Detto in altri termini, se quanto detto da Maria non trova riscontro in nessuna documentazione sanitaria, dove tra l'altro non è previsto nessuno spazio per il vissuto della persona, non ha nessuna credibilità assieme alla persona che lo dice.

Il manicomio, nel suo funzionare da istituzione totale realizzava una separazione, netta, visibile, tra il dentro e il fuori. Oggi il manicomio diffuso sul territorio, pur realizzando un taglio del linguaggio, della comunicazione, tra il *compatibile* e l'*incompatibile*, non realizza un taglio reale tra il dentro e il fuori pur essendo entrambi dimensioni del territorio psichiatrico.

Senza soluzione di continuo fuori dentro. Il territorio può essere definito da spazi diversi come l'Ambulatorio di Salute Mentale, il reparto "*Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*", il "*Centro Diurno*". Tutti spazi dove di fatto si realizza, in qualche modo, la chiusura relazionale e l'esclusione della follia, con diversa funzione a seconda del livello del *processo terapeutico*. Ciò nonostante il modello della Salute Mentale, lo statuto e i vari *Progetto Obiettivo* suggeriscano diversamente. Chiunque, diagnosticato, in uno di questi spazi o in uno *spazio esterno* del più ampio territorio si trova sempre in un Centro, al centro della psichiatria.

Una volta diagnosticata, la persona, in qualsiasi parte del territorio è sempre al Centro della psichiatria; *in quel punto/condizione* che, raggio di proiezione della psichiatria, la tiene sempre al centro delle sue attenzioni istituzionali quale incompatibile ambientale, pericolosa sicuramente per gli altri, pericolosa per il sistema.

La psichiatria in tal modo dimostra chiaramente che non è in grado di reggere una critica dell'interno, provenga essa da un paziente o da un operatore. Il paziente che denuncia in quello che l'analista chiama *transfert* una molto chiara relazione di potere non è meno *incompatibile ambientale* di un operatore che si rifiuta di prestare la sua professione assistenziale in una logica manicomiale. L'operatore che si pone in una metodologia empatica e fa riferimento a modelli che appartengono (*per quanto criticabili possano essere*) a quelle che della Salute Mentale sono definite "*buone pratiche*" e non certo al codice di controllo e di guardianità manicomiale non è meno *incompatibile ambientale* di un paziente talmente ficcanaso da andare ad analizzare l'analista che lo vuole analizzare.

Tutta la psichiatria è stata da sempre caratterizzata dall'organizzazione di spazi per la *follia esclusa* e, non essendo mai un fenomeno di pochi giorni, come può succedere nella maggior parte delle malattie, dall'organizzazione del tempo per la follia. Quelle organizzazioni diventano allora gli spazi dove si rinchioda il tempo della follia. La dimensione psicofarmacologica qualche volta è già spazio sufficiente a quella esclusione.

"*Malato mentale*", è diagnosi?

La dimensione diagnostica. Non si fa diagnosi medica in ogni altra occasione della medicina? Tra quella parte della medicina chiamata psichiatria e tutto il resto della medicina, relativamente ai processi diagnostici, non è possibile un discorso per analogia se non altro perché manca proprio l'analogia tra la metodologia medica e quella psichiatrica del

diagnosticare. Ma se manca, almeno fino ad ora, l'analogia, non deve mancare, da un lato, l'attenzione alla provenienza storica della medicina, dall'altro lato, quella dell'alienistica che solo dopo si fa psichiatria e che solo di recente viene abbracciata dalla medicina. È indispensabile conoscere l'origine storica della psichiatria per capire il senso dell'impossibilità di un discorso per analogia tra la diagnosi in medicina e la diagnosi in psichiatria.

Che cosa avviene in quegli spazi?

Che cosa avviene fuori di quegli spazi? A casa delle persone diagnosticate, nelle loro famiglie, nelle altre relazioni? Assieme allo spazio e al tempo della follia c'è una terza dimensione che rinchiude ancora la follia. È la dimensione diagnostica. Chi, per un disagio relazionale è stato diagnosticato come di competenza e pertinenza psichiatrica è rinchiuso in uno spazio che a sua volta rinchiude un tempo dove spazio e tempo sono rinchiusi nella dimensione diagnostica che rinchiude la totalità della vita relazionale. Scatole cinesi. La diagnosi, l'atto attraverso il quale la psichiatria ti ha toccato, costituisce la qualità della vita relazionale: una totalità relazionale la cui qualità è quella della diagnosi e della quale gli spazi e il tempo sono solo elementi del tutto.

Dopo una diagnosi psichiatrica, prima eri folle dentro il manicomio ora sei folle ovunque ti trovi. Non è importante che siano gli altri a saperlo; quando l'hai saputo tu l'hanno saputo tutti gli altri.

Un illusorio dentro per un illusorio fuori. Un portare dentro da fuori un portare fuori da dentro. La *dimensione diagnostica* quale unità spaziale, una dimensione esistenziale, che ha fatto a meno delle mura, senza né dentro né fuori; una totalità manicomiale nella logica che, al di là di una disturbante assonanza terminologica, rimane la totalità della dimensione diagnostica: una volta diagnosticato, non sei più il folle per un tempo e per quello spazio che ti contiene, sei *il folle per ogni tempo e per ogni spazio*. Un folle territoriale. La questione non si esaurisce né si chiude quando lo psichiatra ha individuato nel suo DSM-IV la categoria nosografia che gli permette una diagnosi. [*DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in inglese; pubblicato dall'American Psychiatric Association (APA), nel 1994. Consiste in una classificazione nosografica ateorica assiale dei disturbi mentali. I disturbi mentali vengono definiti in base a quadri sintomatologici, e quest'ultimi sono raggruppati su basi statistiche.*]

Paradossalmente sembra che il problema e la questione incomincino non con la condizione del Di.Re. della persona ma proprio con l'incontro autoritario con la psichiatria, con la diagnosi, con quel comportamento istituzionalizzante che incontra non la persona ma la malattia mentale, la follia; che produce prima di tutto non relazione empatica ma relazioni di potere, autoritarie e di dominio ad ogni livello dell'incontro.

Diagnosi? Ma di quale diagnosi stiamo parlando? Non stiamo parlando di una categoria nosografia: è *malattia mentale* prima ancora di aver trovato la categoria nosografia che, qualche volta, può solo arrivare dopo un intervento del giudice. È *malattia mentale* prima ancora di aver trovato la *malattia mentale*.

Il modello relazionale del quale l'operatore psichiatrico è regista coinvolge lui come gli stessi pazienti... fino a ridurlo paziente fra i pazienti.

L'operatore ridotto a meno che paziente. Toccato dalla diagnosi e trattato dalla psichiatria ovunque porta il segno che più si mostra quanto più si nasconde.

Quando arriva al servizio incomincia a raccontare l'angoscia del fuori, più angosciante quanto più si scorda ch'è un fuori fittizio; più tragico quanto più ne è cosciente.

Rabbia. Pianto. Un contenuto che sfugge. Un racconto che è solo il segno della

folia.

La nausea dell'operatore. Non esiste più. Anche lui viaggia ormai per i luoghi dell'altrove. Un altrove non meno malato e perfettamente speculare. Non presta più nessuna attenzione né al racconto, né alla persona, né alla sua angoscia. Si sente disturbato, conturbato, violentato da una non rimossa follia, da un continuo piagnisteo, da un racconto continuo senza capo né coda. Uno sguardo senza interesse. Una fuga continua da ciò che si pone come assillo continuo. L'assillo della follia. Un comportamento di facciata. Una risposta di facciata. Fittizia. Quella appena sufficiente per togliersi di torno "il paziente" con una doccia diversa da quella manicomiale ma sempre fredda. Una risposta che, in relazione alla richiesta, non significa niente, con la quale non ha attinenza. Una risposta che mira solo, non a dare una risposta, ma a creare un meccanismo di difesa che ti tolga "il paziente" davanti suggerendogli di evitare, per la prossima volta, tanto non ci esce niente.

L'efficacia e l'efficienza del potere in certi momenti della sua polverizzazione su tutto il territorio necessita di una centralità sicura. Centralità della postazione. Jeremy Bentham (1748-1832), filosofo idealista, teorico della riforma giuridica britannica e massimo esponente dell'utilitarismo, nel 1791 ha progettato il Panopticon, carcere ideale perché nella prospettiva di tenere tutto sempre sotto controllo, "che fa vedere tutto".

Un unico guardiano poteva controllare, in ogni momento, tutti prigionieri. Tale possibilità di controllo si otteneva grazie alla forma radiocentrica dell'edificio e ad opportuni accorgimenti architettonici e tecnologici.

Il meccanismo con la sua finalità e la sua struttura cambia per rimanere sempre più simile a se stesso.

Il guardiano, proprio perché doveva fare da guardia, aveva bisogno di una postazione che ne rendesse possibile e incisivo il controllo.

Ma che belle calzine rosse.

E girano. E girano. E vanno avanti e indietro. Ma non esageriamo, qualche volta vanno anche lateralmente. Per anni. O vanno a girare nel cortile. O parlano e parlano e parlano senza sosta. La televisione accesa del servizio che nessuno ascolta. Tutto è un'impressione: non l'impressione che qualcosa si stia facendo ma l'impressione che tutto va per il verso giusto. Da dove viene questo verso giusto? Qual è il giusto di tale verso?

La postazione del manicomio, a livello funzionale, ha molto della struttura del Panopticon. Nel manicomio, ancora fino al 1997/98, la postazione si poteva trovare o in un angolo o al centro di una grande camerata di sezione. A centro della postazione c'era la caffettiera che doveva tenere sempre sveglia la guardianità.

E ritornano al bancone, alla postazione. E si allontanano dal bancone. La postazione da cui mantenere la situazione sempre sotto controllo. E ridicono quello che avevano detto prima. Qua si sta in compagnia. Qua sto bene. Anche se mi gira la testa. Che è il caldo. Ho aspettato 25 minuti. Il dottore c'è oggi? E domani? Mi deve visitare. Ho vomito e diarrea. Racconti. Parole messe una dopo l'altra. Che si accavallano e si sotterrano. Le parole dei morti.

Ogni dimensione istituzionale ha un suo linguaggio. Ogni paziente deve trovare il linguaggio necessario a rimanere in quell'istituzione. Ogni momento dell'istituzione parla un linguaggio adeguato. L'adeguamento all'istituzione, l'integrazione, richiede il linguaggio di quell'istituzione. Un linguaggio diverso è *incompatibile*. Erroneamente riteniamo che quello parlato dai pazienti sia il loro linguaggio e ulteriore sintomo di malattia. È doloroso, e per questo volutamente ignoriamo il problema, riconoscere in quel linguaggio, non un ulteriore sintomo di malattia ma quel linguaggio che l'istituzione ha loro imposto e che stanno coerentemente e conseguentemente riproducendo.

Nuova istituzionalizzazione.

- Salvatore, scusami se ti faccio una domanda.

- Mi dica.

- Ho ascoltato la domanda che hai posto. Veramente interessante anche se non riesco a trovargli una risposta nell'immediato. Ma ti vorrei chiedere una cosa.

- Mi dica.

- Se tu invece di essere in questo posto fossi stato fuori: al bar, dal giornalaio, al campo sportivo... che so? in un altro posto qualsiasi... avresti posto questa domanda che hai posto a me?

- No. Ma che dice? Impossibile. Mi avrebbero preso tutti per folle.

- Ho capito. Grazie.

- Prego.

E poi un racconto. Un episodio di incomprensione con il banconista del bar. E poi una considerazione sulla vita. Una filosofia. Un parlottio di sottofondo continuo e perpetuo una marcia funebre che accompagna il feretro alla fine. E la psicologa che ho a fianco segue. Acconsente. Annuisce. Come di chi sta capendo tutto. Ma certamente che capisce. E se non capisce la psicologa chi deve capire? Giustifica. S'accontenta. Non risponde rispondendo. O risponde per non rispondere. E passeggiano. Avanti e indietro. Considerazioni sul caldo che è troppo caldo. Sulle finestre aperte che fanno corrente e sulle finestre chiuse che fanno troppo caldo. La porta d'ingresso è aperta? Si vedono passare persone incuriosite ma frettolose. Passano macchine e camion con il loro rumore assordante, musica che accompagna il continuo parlottio senza senso. Rumore che si confonde con quello dell'ampio androne del centro, rumore di continuo sottofondo del niente. Le parole della "schizofrenia". Parole che non trovano posto in un discorso coerente e consequenziale; parole che non s'incontrano con un corrispettivo significato.

Il linguaggio istituzionale che ritorna per bocca o azione del paziente crea un utente senza *compliance*, non collaborativi, non compatibile.

Il buon paziente. Una volta il buon paziente era quello che mangiava e ingoiava di tutto sotto gli occhi emozionati di mamma che l'aveva rinchiuso. Di tutto. Oggi il buon paziente, il buon malato non è quello che mangia, quello che ingoia di tutto. Di tutto. Di sicuro deve però ingoiare, come sempre, la terapia, nelle forma in cui questa è venduta oggi. Deve ingoiare lo psicofarmaco ma non deve ingoiare di tutto. Anzi deve mangiare proprio poco e rimanere a regime alimentare. Le ditte farmaceutiche venditrici di psicofarmaci, assieme al farmaco, vendono, come progetto riabilitativo, un metodo e una strategia su come rimanere in peso o su come dimagrire. Lo psicofarmaco porta al soprappeso. Se il farmaco ingrassa, e lo psicofarmaco ingrassa fino a deformare, oggi il paziente buono è quello che mangia poco per non ingrassare e meglio ingoiare lo psicofarmaco.

Durante un viaggio, nella prospettiva di una ricercata meta non c'è peggiore cosa che perdere il senso, la sensazione e l'orientamento del viaggio stesso. Qual è la reale meta di un viaggio?

Venga a prendere un caffè da noi. Venga al Centro. L'*aggancio* è una vera e propria tecnica, una vera impresa. Come agganciare il paziente. Come convincere il paziente e con quale strategia a frequentare il Centro. Il buon paziente, quello collaborativo, quello della *compliance*. È quello che prima accede al Centro, ospite ch'è invitato la prima a pranzo e mangia pesce, e poi frequenta; che si pone al centro di un corteggiamento terapeutico fino all'amplesso. Quello che si trova al centro di una relazione transferale non duale ma di... compagnia. Veri e propri amoreggiamenti, pavoneggiamenti, corteggia-

menti, adulazioni, incensamenti, arruffianamenti, leccamenti di culo, nei confronti del paziente nel tentativo di legarlo al posto, allo spazio fisico del Centro. Dicendo questo non voglio minimamente sminuire di valore e significato né l'importanza relazionale né la difficoltà che qualche volta intervengono nell'aiutarci a capire quale sia il nostro reale bisogno d'aiuto.

Venga al Centro.

Ci venga a trovare al Centro.

Vede ch'è bello!

Qua starà in compagnia.

Qua c'è la cucina dove fanno colazione e pranzo.

C'è un bel giardino.

Sta in compagnia.

Stia in compagnia.

Sa l'importanza della compagnia?

Non stia solo.

È importante la compagnia.

Qua si disegna.

Qua si ricama.

Qua facciamo laboratorio di fotoromanzi.

Usciamo per delle passeggiate.

Ci sono psicologi, psichiatri, infermieri, assistenti sociali.

Ci sono le sedie, i pavimenti, il soffitto.

Ci sono le finestre, i tavoli.

Così si allontana da casa.

E finalmente può trovare la sua compagnia.

E se non qua... dove?!

E girano, e girano attorno e camminano e camminano senza una meta avanti e indietro, a destra e a sinistra, su e giù, dentro e fuori.

*«I controlli psicologici sono sempre più efficaci dei controlli fisici.»* [M. Foucault, Op. Cit. pag. 234]

È un concetto pavloviano quello che si fonda sul meccanismo di punizione e ricompensa, il cosiddetto sistema del bastone e della carota; utilizzato per esempio, ma non solo, nel circo equestre per addestrare gli animali selvatici a sacrificare la loro libera bestialità all'imbecillità del bambino curioso e allo stupido genitore orgoglioso padre di un così eccezionale figliolo. *«Se scegliamo la parte giusta – quella del confessionale, evidentemente - riceviamo come ricompensa una fedina pulita fino alla settimana successiva. Troppo irresistibile per non accettare!»* [M. Foucault, Op. Cit. pag. 234]

La cronicizzazione è prima di tutto fissazione ed esito di una fissazione.

Fissare le persone allo spazio. È un meccanismo pavloviano che possiamo trovare in strutture come il Centro con precise strategie di potere.

Strategie ben definite sono quelle per fissare i pazienti al luogo di cura, alla struttura, che hanno alla loro base propriamente e prioritariamente meccanismi di punizione e ricompensa. Niente di straordinario. Una cosa veramente schifosamente semplice. Un esempio? L'operatore può dare al paziente una busta di latte o una porzione di secondo rimasta. Cose da poco sicuramente. Si tratta solo di materiale che è solo ed esclusivamente dei pazienti. Potrebbero prenderlo senza bisogno di dire niente a nessuno. La cosa viene fatta vivere come se l'operatore stesse facendo un "favore", come se stesse concedendo

una qualche ricompensa al paziente. E guai ad opporsi o a demistificare questo meccanismo.

Il controllo si fonda sull'elemosina che indica la via per la compatibilità e l'integrazione. Ricompensa per che cosa. Per essere stato un *bravo malato*, un *bravo paziente*, per aver avuto un *comportamento integrato*, per essersi comportato in *modo compatibile* con la tipologia del Centro. Un discorso tutto implicito, sempre implicito fino a quando esplose in tutta la sua violenza quando il paziente non si è comportato come l'operatore vuole. A partire da quel giorno la punizione, non nominata, forse sarà la privazione di quella ricompensa: oggi il secondo in più lo diamo ad un altro; forse si tratterà di un altro tipo di punizione; forse un cambio di psicofarmaco con uno più forte, forse un aumento di dose. Sciocchezze.

Che volete che sia. Queste piccolezze hanno solo una particolarità, quella di fare parte delle dinamiche di caserma, di carcere, delle dinamiche del potere manicomiale, delle dinamiche della psichiatria, delle dinamiche di potere in relazione alla giusta e comprensibile reazione del paziente. Siamo di fronte a comportamenti definiti, in modo più o meno esplicito, con una diagnosi, se riguardano un paziente; definiti come "*incompatibilità ambientale*", se riguardano operatori: *anche gli operatori possono essere non integrati nel gruppo, possono non voler rispondere alla richiesta da parte della psichiatria di complicità che niente hanno a che spartire con la professione che sono chiamati a prestare e per la quale sono tra l'altro pagati.*

All'elemosina affettiva basta solo un sorriso; standard ma sempre un sorriso. La maschera dal sorriso stampigliato.

Il potere si fa amare. Non dobbiamo pensare il potere solo in termini di repressione. Al Centro puoi al massimo vedere qualche più che sgarbata reazione, nei confronti di un paziente, da parte di qualche acida signora, una di quelle che la stessa psichiatria avrebbe diagnosticato come isterica, puoi vedere qualche comportamento ricattatorio e autoritario, qualche settimana di sospensione punitiva, di quei cosiddetti *comportamenti direttivi*, puoi vedere un comportamento di prolungato sfottimento accompagnato dalle satolte risa di quattro imbecilli che se la godono, ma non vedi docce gelate, non vedi picchiare, non vedi camice di forza, non vedi una vera e propria terapia d'urto. Nel reparto, nell'SPDC si può vedere molto di più, come pazienti legati al letto, pazienti braccati e afferrati con una coperta buttata addosso, sbattuti, pisciati a letto, sovraccarichi di psicofarmaco. Impregnazione psicofarmacologica. Si potrebbero vedere, ma non si vedono. Gli SPDC per la maggior parte sono chiusi a chiave. Non c'è nessun controllo. Il personale che vi lavora non sembra avere molto interesse a raccontare i reparti.

Il potere «*Se esso si limita a censurare, a interdire come sarebbe possibile amarlo? Ma quel che rende forte il potere è il fatto che il suo funzionamento principale non è di ordine negativo: il potere ha effetti positivi, produce il sapere, induce il piacere. Il potere si fa amare. (...) il soggetto aderisce al potere.*» [M. Foucault, Op. Cit., pag. 120]

Protettori dell'accumulo putrescente.

Sollevati dalla follia. L'ideologia della sofferenza e del sollievo. Ecco a che cosa sono deputati gli spazi della follia. L'ideologia della sofferenza consiste nel sollevare gli altri dal folle, dalla follia. Non gli altri, ma è lui che è *uscito fuori*, che è *incompatibile ambientale* ed è da lui che la psichiatria vuole sollevare gli altri. Sono gli altri che vanno protetti dalla follia. L'espressione *pericoloso per gli altri* non è più tanto routinaria e abitudinaria nella documentazione ma è molto presente nel linguaggio anche nei convegni di quotati psichiatri. Tanto peggio per lui.

Non risparmiano né cielo, né terra, né mare, né corpo, né mente. Una relazione di potere. Si può eliminare la parola “follia”?

Si può creare, organizzare una dimensione di psichiatizzazione? Una gestione non medica di un disagio?

Ci sono spazi non medici nella gestione del disagio relazionale?

Nella persona con disagio relazionale sono rimasti spazi del corpo non di competenza medica e dei quali il legittimo proprietario può proporre e attuare una gestione non medica? Impertinenza.

Tutta la persona con disagio relazionale, una volta diagnosticata, è diventata di sola ed esclusiva competenza medica e ogni tentativo di relazione non medicalizzante è considerata un’invasione di campo. È questa una realtà di fatto lì dove la maggior parte delle teorizzazioni propone tutt’altro comportamento e relazione.

Il manicomio è esploso in tanti piccoli centri esterni che svolgono lo stesso ruolo di internamento ma solo con modalità diverse; un internamento, quale *chiusura dentro*, realizzato con le più moderne e subdole modalità e con molto più subdole relazioni di potere... vedi caso sostenute dalla scienza psicologica. È esploso nella polverizzazione della metodologia manicomiale sul territorio; la relazione di potere si è diffusa realizzandosi come la relazione dominante in ogni occasione in cui l’operatore si incontra con il diagnosticato.

La prima parola della follia è “no”. L’operatore psichiatrico, di qualsiasi specie, è lì, tutt’oggi, per impedire il diritto di dire “no”. Altra cosa di due persone che s’incontrano in una relazione empatica in una prospettiva di reciproca terapia, di reciproco benessere. «*Un crimine (...) potrebbe essere il non rispetto del diritto dell’altro a dire no.*» [D. Cooper, in M. Foucault, Op. Cit., pag. 218]. Interessante. Peccato che il *crimine*, una volta dichiarato, richieda il ricostituirsi di un nuovo potere in grado di sanzionarlo.

Ancora oggi l’incontro con lo psichiatra, con la psichiatria tutta, è il riproporsi di un incontro di potere. Foucault ha esaminato a fondo la relazione di potere. La parola chiave di tutti i libri di Foucault sembra essere “*potere*”: potere disciplinare, potere della medicina mentale, potere onnipotente della pulsione sessuale. Lo scopo essenziale dei suoi studi è quello di individuare la definizione delle strategie di potere.

Di fronte ad un’azione di inequivocabile stampo autoritario e manicomiale si trincerano dietro la difesa della tradizione: *s’è sempre fatto così*.

Oltre Foucault con la relazione empatica. «*Oggi il controllo è meno severo e più raffinato, ma non per questo meno terrificante.*» [M. Foucault, Op. Cit. pag. 320]

E che cosa possiamo fare?

Il titolo originale di *Follia e psichiatria* di Foucault è “*Dits et écrits (1954-1988)*”, Éditions Gallimard, 1994, Paris. In relazione al *raffinamento* raggiunto dal potere, nemmeno immaginabile da coloro che manipolavano il teatro del terrore, Foucault, quando gli chiedono che cosa possiamo fare, risponde in questo modo: «*la concatenazione dei sistemi ha continuato a imporre questo schema fino a farlo accettare dalla generazione attuale come una forma di normalità. Ciò nonostante, non è detto che si tratti di un male così grande. Il continuo controllo degli individui porta a un’estensione del sapere su di essi, che produce, a sua volta, abitudini di vita più raffinate e superiori. Se il mondo è sul punto di diventare una specie di prigionia, è per soddisfare le esigenze umane.*» e conclude: «*al punto in cui siamo non c’è più nessuna possibilità di rettifica*». Una conclusione discutibile anche perché si fa facilmente e immediatamente tradurre come: *al punto in cui siamo non c’è niente da fare, non abbiamo speranza, siamo impotenti*. In questo momento, non so se quella che sto facendo io sia una corretta interpretazione di *quella* conclusio-

ne a cui è giunto Foucault, nel testo citato. Però una cosa che mi preme evidenziare è che, se parliamo di potere, come *relazione di potere*, ogni relazione empatica, ogni relazione che abbia come qualità l'empatia, che si sviluppi in una metodologia empatica che abbia come prospettiva e come pratica nello stesso tempo l'autogestione, l'antiautoritarismo e l'autonomia sia immediatamente un'azione di attacco al potere, di squalifica della relazione di potere psichiatrico, di promozione relazionale, di promozione della metodologia empatica.

In una realtà in cui per la persona in Di.Re. non c'è alternativa alla Salute Mentale o alla psichiatria riciclata, anche le *buone pratiche* non possono trovare occasione se alla relazione empatica si preferisce la relazione di potere.

Foucault era una mente eccezionale nel fare emergere strutture e relazioni di potere da varie organizzazioni sociali ed è stato un forte e riconosciuto critico della psichiatria. Ma, con rispetto a chi ha saputo scovare le strutture di potere nelle sue varie e diverse forme, se ho ben capito quella conclusione a cui perviene in "*Dits et écrits (1954-1988)*", e credo di averla ben capita, quella conclusione non mi appartiene come non appartiene a Maria Amato. L'autrice di *L'analista Analizzato*, che non è Foucault, non è d'accordo con conclusioni che portano a sostenere «*al punto in cui siamo non c'è più nessuna possibilità di rettifica*» o, in altri termini, non c'è più niente da fare. La sua esperienza con la psichiatria, coagulantesi in una serie di note alla fine redatte in un libro, portano a tutt'altra conclusione e dimostrano possibili conclusioni diverse perché di fatto realizzano conclusioni diverse. Senza bisogno di grandi organizzazioni alle spalle, proprio a partire dall'organizzazione monadica che è l'individuo. Quello che ha fatto, Maria l'ha potuto fare anche da sola.

Delle cosiddette "*buone pratiche*", discutibili per quanto si voglia, c'è comunque un'inflazione. Progetti con tre "C". Nate all'interno degli stessi processi di cura del Disagio Relazionale, altra cosa sono le strategie ben definite, o ben definibili, fondate su una metodologia empatica, atte a promuovere e sostenere la motivazione di una persona ad un percorso di cura, ad un progetto terapeutico comune concordato, condiviso... un progetto con tre "C". Un progetto che si dà come strumento la metodologia empatica quale chiaro e dichiarato attacco di squalifica della relazione di potere e di promozione e pratica della relazione empatica. Eminentissimi psichiatri e psicologi hanno affrontato il discorso sulla potenzialità terapeutica della relazione empatica, senza comunque aver avuto il coraggio di portare il discorso alle sue estreme e logiche conseguenze che fanno della relazione empatica l'altro polo della relazione di potere: o relazione empatica o relazione di potere; o relazione empatica o relazione psichiatrica.

Sul territorio. Sotto gli occhi accecati di tutti. Sostenuti dalla fede in una sempre nuova e sempre più affascinante religione.

Dove avviene l'incontro? Non più in una dimensione di manicomio. Avviene nelle stanze dei servizi chiamati Dipartimenti di Salute Mentale. Non si tratta di colloqui in regime di ricovero ospedaliero. Si tratta di visite, di colloqui per appuntamento, come avveniva nella vecchia INAM, che avvengono tra il "*terapeuta*" e la "*paziente*", "*utente*", "*cliente*".

Quali professionisti incontra? Se Maria racconta di colloqui che si accompagnano con prescrizioni di psicofarmaci, si evince che si tratta di colloqui con psichiatri. Colloqui psicoterapeutici? Psicoanalitici? Non è facile dirlo. Non si tratta della stessa cosa. Maria ha preferito però puntare l'attenzione non sulla tipologia della professione che incontrava quanto sul vissuto prodotto da quegli incontri. Maria si sentiva analizzata e sentiva, in quella che incontrava, la funzione di un analista e comunque di qualcuno che, pretenden-

do di poter scavare nella sua mente, avrebbe dovuto trovare la causa del suo continuo movimento fagico ed estirparla attraverso lo psicofarmaco, la farmaco-parola, la farmaco-relazione, la relazione terapeutica.

Ormai molti psichiatri praticano psicoterapia pure nei servizi; come ci sono psichiatri e psicoanalisti nello stesso tempo. La dottoressa Amato va all'essenza del discorso e parla dell'analista e dell'analizzato, fino a concludere con l'analista analizzato. È chiaro che il vissuto di Maria è quello di una persona che si trova ad essere analizzata da un analista, riconosciuto dalla medicina per il suo metodo scientifico, attraverso una serie di colloqui e di appuntamenti dilazionati nel tempo. È l'essenza di questo vissuto, della sensazione che Maria aveva, indipendentemente dal terapeuta che incontrava in quel momento nell'istituzione, che la fa pervenire all'analista quale terapeuta unico della narrazione.

Lo stravolgimento della *diagnosi medica*. Una malattia, una diagnosi, una terapia.

Dal loro punto di vista, tutto all'insaputa di Maria, avevano trovato sicuramente una malattia (diversamente non avrebbe avuto motivo di incontrarsi con lo psichiatra); avevano prodotto una diagnosi, senza la quale, trovandoci negli ambiti della medicina, nessun intervento terapeutico è giustificato o giustificabile; avevano praticato una terapia, necessaria e conseguenziale ad una individuata e diagnosticata malattia.

Che cosa si può dire di un tale scientifico procedimento? Niente. Meno che niente. Tutto previsto dalla legislazione medica e dalla legislazione psichiatrica. Se niente possiamo dire, sicuramente tutti quelli che medici non siamo, una qualche domanda ce la possiamo però sempre porre:

- qual era la malattia di Maria?
- qual era la diagnosi dallo psichiatra individuata relativa alla sofferenza di Maria?
- qual era la terapia giustificata da quella malattia e da quella diagnosi?
- Perché Maria non sapeva quale malattia avesse?
- La *malattia mentale* con la sua diagnosi aveva lasciato traccia nei documenti sanitari? Quando?

I contenuti del *discorso terapeutico*, quelli spesso annotati da Maria e riportati nel libro, quei contenuti perfino sprezzanti della persona in cura, che cosa c'entrano con quella che è ritenuta ufficialmente terapia? Ma quei contenuti per la psichiatria non esistono; perché non esiste la parola di Maria né le si può riconoscere un vissuto come quello da lei descritto. Prima di tutto è nella parola che viene annullata la persona toccata da diagnosi. Quindi nella persona stessa. Il primo effetto della diagnosi sul diagnosticato è quello di trasformare in delirio ogni sua parola, ogni suo pensiero. Se il posto normalmente frequentato è quello del Centro dell'istituzione, non c'è parola o azione del diagnosticato che possa rimanere proprietaria del suo senso del suo significato e comunque della persona: parola/azione sarà sempre quella del folle... e il folle va trattato. L'istituzione, creato il malato mentale, avrà sempre un paziente da trattare; l'*operatore* avrà sempre un paziente da trattare e mai avrà la gioia e la dignità del sentirsi di fronte ad una persona con la quale incontrarsi in una relazione empatica e di dignità alla pari. Lo spazio dell'istituzione continua a rimanere lo spazio dove si può conservare per trattare il delirio altrove compreso.

Che belle calzine rosse.

Con Maria non è andata così. Con Maria, quella volta, la Psichiatria ha fallito. Non per colpa dello psichiatra ma per responsabilità, dignità, coraggio di Maria. Qualità importantissime ma non sufficienti. La psichiatria avrebbe bruciato e nullificato anche quelle qualità. Avrebbe detto: in quanto diagnosticata, quello che Maria dice non vale

niente, non è credibile, non ha valore, è solo delirio.

Una dimensione comunitaria. Da sola Maria non ce l'avrebbe fatto. Maria ce la può fare in un clima comunitario. Quando incontra una serie di imbecilli (*per la psichiatria*) che assumono come propria la problematica di Maria, l'accolgono come persona e non come malattia, l'ascoltano empaticamente e guardano a quella problematica, a quel disagio relazionale con uno sguardo diverso da quello della psichiatria. Maria ce l'aveva già fatta però come persona, quando ha tagliato con la violenza di quegli incontri; ma non ce l'avrebbe fatta contro la psichiatria. Assieme a Maria, è la comunità che ha attorno, tutti voi e tutti noi, che riesce ad avere la meglio sul potere della psichiatria. È la comunità ad essere terapeutica sia per Maria che per se stessa. Nel senso che la *relazione comunitaria*, che ha la qualità dell'empatia, dell'antiautoritarismo, dell'autonomia di pensiero e di azione, è quel modo di relazionarsi che permette a Maria di stare meglio con se stessa e con la comunità e alla comunità di stare meglio con Maria. Sto riferendo di fatti, di storie, di tangibile realtà e non dei desideri dell'ideologia. Quando la comunità si comporta in questo modo realizza di fatto quello che il progetto Contraria-Mente si pone: la Comunità Terapeutica Autogestita Diffusa sul Territorio, in una metodologia e in una prospettiva autogestionaria, attraverso un comportamento autonomo e antiautoritario, attraverso una modalità di relazionarsi in una metodologia empatica. È questo quello che racconta Maria. Certo un altro motivo per ritenerla pericolosa: racconta dell'aiuto incontrato nella comunità e nella sua comunità locale e di come proprio in questa abbia trovato quelle occasioni di promozione relazionale particolarmente necessarie e di valore in quei momenti di bisogno.

Qua stiamo, questa volta, parlando di una compagnia, di una comunità diversa da quella del *venga qua che con noi sta in compagnia*; stiamo parlando, volendo, di una comunità di folli ma non di una comunità per folli.

Potere, sì; in tutta la sua sanguinaria violenza; ma come oltre il dominio?

Senza Foucault. Sempre Foucault in *Follia e psichiatria*, dice: «L'ascolto silenzioso dell'analista nella sua poltrona non è estraneo all'interrogatorio pressante, alla sorveglianza serrata del manicomio. (...) mi sembra che si tratti dell'uso combattivo - l' "abuso generoso" - di una medicina il cui obiettivo è piuttosto quello di assicurare (...) il buon funzionamento di una società normalizzatrice. (...) è la società della normalizzazione, con i suoi ingranaggi istituzionali o privati, che bisogna studiare e criticare.» [M. Foucault, Op. Cit. pag. 138] Ecco quello che la dottoressa Amato ha fatto. Ma non lo ha fatto perché aveva letto Foucault e seguito i suoi consigli, né perché aveva in corso studi sociologici sulla psichiatria.

Perché lo fa? Lo fa perché sente che sulla sua pelle sta passando qualcosa di pesante e di violento, di natura diversa da quelle che erano le sue aspettative di aiuto nate da una promessa: trovare la malattia, dargli un nome attraverso una diagnosi, trovare una terapia, arrivare ad una guarigione. Lo fa anche perché, a fronte di una sua richiesta di aiuto per la risoluzione di alcuni problemi, dal medico individuati come problemi di salute, problemi di malattia, più che aiuto sta subendo una condizione di violenza, di potere, di dominio, e che comunque non sta risolvendo i problemi per cui si è rivolta allo psichiatra. Lo fa in modo più convinto non tanto dopo aver incontrato il primo psichiatra che, poverino, pure lui stava diventando oggetto del suo insaziabile bisogno di ingoiare, ma, in modo più convinto, quando incontra l'altra *analista*, quella capace di una più intelligente manipolazione di fronte alla quale Maria si sente veramente in pericolo: non in pericolo di poter essere realmente aiutata ma in pericolo di non uscirne più.

È una malattia... la "malattia mentale"? Ho letto il lavoro della dottoressa Amato;

ne ho curato una recensione. Non ci sono entrato prima, non ci entro nemmeno adesso nel merito della diagnosi che non è stata posta sulla sua presunta ma non dichiarata malattia.

Lo psichiatra ha ipotizzato una malattia mentale ma non ha detto di quale malattia mentale si trattasse. La diagnosi è consistita esclusivamente nell'aver dichiarato una malattia mentale ma non quale malattia.

Ma mi chiedo se quella di Maria è o non è una malattia. Questa domanda mette in dubbio quanto sostiene un medico psichiatra? Se realmente riuscisse a mettere in dubbio la diagnosi psichiatrica significherebbe che quella diagnosi varrebbe veramente poco. È un atto di squalifica della professione psichiatrica? Se quella professione si potesse squalificare con così poco varrebbe veramente poco. E comunque la psichiatria per essere squalificata non ha bisogno di quella domanda. Non essendo io, personalmente, disposto a nessun atto di fede; non avendo lo psichiatra l'esclusiva nella scelta delle domande che ognuno di noi si può porre, e trovandomi di fronte ad una bibliografia di eminenti psichiatri che parlano di *malattia* come di altri non meno eminenti psichiatri che parlano di *non-malattia* relativamente a quello che abbiamo chiamato disagio relazionale, mi sembra conseguenziale che mi sia posto quella domanda. Allo stesso modo in cui se l'è posta Maria Amato. Certamente mi sono fatto una mia idea.

Per rispondere a quella domanda non basta guardare al fatto che Maria si sia rivolta, su indicazione di altro medico, ad uno psichiatra.

In ogni caso non entro, per più di un motivo, nella polarità malattia/non-malattia, nonostante ancora oggi questo sia un dibattito di grande attualità. Di sicuro, da quello che Maria racconta, si evince di come la sua fosse una condizione di grande sofferenza e questo basta a comprendere il suo bisogno di aiuto ed i vari e diversi tentativi di trovare soluzione a quel bisogno.

L'approccio di un lettore. Avrei potuto scegliere un approccio infermieristico al racconto di Maria, visto che da più di vent'anni lavoro nei Servizi per la Tutela della Salute Mentale e visto che la mia professione è quella di Dottore in Infermieristica. Non m'interessa però un approccio assistenziale, necessario invece quando un bisogno assistenziale chiede soddisfazione. Ho preferito così, in relazione a quanto mi richiede l'autrice e il suo libro, un approccio da lettore.

Quello che mi chiede Maria non basta però ad essere un buon lettore. Io ho cercato di esserlo. L'approccio del buon lettore è quello, non di chi legge il racconto di Amato per non addormentarsi sotto l'ombrellone del caldissimo sole dell'agosto siciliano, né quello di chi lo legge per meglio prendere sonno nelle insonni serate dello stesso agosto, ma quello di chi apre all'accoglienza di una persona e, attraverso il racconto di una pesante esperienza vissuta sulla propria pelle, si lascia descrivere e raccontare la psichiatria per capire che cosa essa sia ancora oggi. L'autrice si racconta attraverso un momento delle pratiche psichiatriche attuali che possono segnare in negativo, a vita, la vita di una persona: l'incontro con lo psichiatra con finalità diagnostiche e terapeutiche che porta l'autrice a rovesciare quell'incontro dall'analista che analizza alla necessità di analizzare e denunciare l'analista.

Un ingrato rovesciamento. Ma perché questo rovesciamento?

Perché, se Maria si rivolge allo psichiatra per essere aiutata, trasforma quella che per lo psichiatra è una *pratica d'aiuto* in un atto d'accusa?

Perché, se più professionisti che incontrano Maria, dopo aver accolto le sue richieste d'aiuto e dopo essersi realmente prestati in suo soccorso, si vedono posti al centro di una grande accusa non solo con un atto di insubordinazione ma anche con un atto di ingratitudine e di mancanza di riconoscenza?

Intanto vi dico subito che se un tale comportamento cadesse ancora sotto le attenzioni di uno psichiatra, Maria si troverebbe, ovviamente, con una nuova ed ulteriore “*diagnosi*” psichiatrica. Ma se noi, per più di un motivo, non dobbiamo porre diagnosi, e nemmeno alla psichiatria, non per questo dobbiamo esimerci dal capire quali siano e come funzionino i meccanismi della psichiatria attuale. Non per questo possiamo o dobbiamo dimenticare che anche di psichiatria si muore e che, dove non si muore il rischio di venirne inghiottiti o di ritrovarsi esclusi in un processo di cronicizzazione irreversibile e in una condizione di morte sociale è sempre tanto.

Il movente. In questo momento credo che la migliore cosa che possiamo fare sia quella di predisporci ad una relazione empatica che ci consenta un reale ascolto e un’autentica comprensione di quello che Maria vuole dirci.

Ma mi sono io predisposto empaticamente al suo ascolto e alla sua comprensione? Ho provato. Ma solo dopo un bel po’ di tempo. Prima mi sono dovuto arrovellare non tanto sul racconto, che è chiaro, lineare e in qualche aspetto anche comico se non fosse per la tragicità di quel vissuto, quanto sul motivo o, altrimenti detto, sul movente della scelta di Amato, ponendomi tutta una serie di domande e di osservazioni.

- Perché una persona si rivolge alla psichiatria per poi criticarla?
- Perché riceve aiuto, appuntamenti, colloqui, analisi, psicoterapie, psicofarmaci, per dimostrare poi una grande ingratitudine, a livello pubblico, perfino con l’edizione di un volume?
- Maria frequenta all’università, in giurisprudenza. Una diagnosi psichiatrica le avrebbe stroncato la carriera preventivamente oltre che la vita. Amato, *oggi dottoressa Amato*, perché non si indigna quando classificano il suo disagio come “*malattia mentale*” imbarcandola sulla nave di folli?
- Maria, non è risentita perché le hanno apposto un’etichetta che pesa come una diagnosi psichiatrica, attraverso la quale subisce un marchio, una squalifica e viene inclusa tra i folli; non è adirata perché le hanno prescritto degli psicofarmaci che, comunque, con un atto di cieca fede nel medico, come avviene per tanti altri farmaci, ha assunto: l’aveva rilassato quel farmaco, aiutandola anche a superare l’esame all’università. Di ciò ne rende chiaramente merito allo psichiatra.

Maria non è incollerita quando, nonostante tutto, continua quella sua profonda *relazione d’amore* con il cibo, dallo psichiatra dichiarata sintomo di malattia, con tutto ciò che c’è di *fagico* e a sua portata di bocca. Qualcosa l’aveva intuita sin dall’inizio della “*terapia*”. Foglio su foglio prende nota e conserva nel cassetto. Maria si sente risentita immediatamente, alla prima comparsa della sua intuizione. L’avrebbe confermata subito, non ci voleva molto; ma la sofferenza di quel periodo suggerisce di rinviare quella verifica a tempi migliori. Non si abbandona all’intuizione; si vuole vivere quell’esperienza fino in fondo traendo, paradossalmente, terapia non tanto dalla terapia psichiatrica, non tanto dalla terapia dell’analista, quanto dal fatto che in quegli’incontri si stava appropriando di una conoscenza da cui normalmente sia lei che noi siamo esclusi. Per Maria era terapia non tanto quella psichiatrica ma tutto quello che stava imparando, scoprendolo ogni giorno sulla sua pelle, in quegli’incontri relativamente all’essenza della psichiatria. Intanto le note, gli appunti si accumulavano. Intanto la rabbia aumentava fino a suggerire l’interruzione del rapporto con lo psichiatra un prolungamento del quale l’avrebbe posta in serio pericolo.

Intanto senza bisogno di deciderlo, si presentava ai colloqui di analisi con l’intento di voler capire il gioco dandosi l’occasione per poter analizzare l’analista. Per poter capire

cosa c'era alla base, qual era la sostanza che funzionava come struttura portante di ogni incontro, di ogni pensiero espresso, di ogni colloquio, di ogni azione, di ogni psicofarmaco. Alla base di ogni azione dalla pretesa terapeutica emergeva una relazione di potere, autoritaria e di dominio. È nell'individuazione della relazione di potere che la dottoressa Amato rivelando a se stessa l'essenza anche della psichiatria attuale si pone a fianco di un filone di pensiero, di studio, di ricerca, di lotta che da secoli vede nella psichiatria prima di tutto non tanto la pratica di un aiuto medico scientifico, quanto l'istituzione legalizzata del dominio sui corpi e sulle menti; una pratica di potere.

Marchio e stigma. L'etichetta appioppata dalla psichiatria attraverso una diagnosi, la persona non se la toglie mai più di dosso, mai più dalla vita fosse pure quell'etichetta di "*malattia mentale*" senz'altra specificazione. Un reato, la galera, i tribunali, lasciano le *carte macchiate*; la psichiatria macchia direttamente la vita.

Qualsiasi cosa una persona potrà fare, anche a cinquant'anni da una diagnosi psichiatrica; qualsiasi comportamento non accettabile per la *norma* e la *normalità* del tempo, sarà giudicata conseguenza di una pregressa diagnosticata follia.

Maria Amato ce l'ha fatta ad uscire dalla grinfie della psichiatria e dalle attenzioni della Salute Mentale che, per non darsi pensiero più di tanto, sta funzionando, in relazione ai saperi attuali, peggio della psichiatria manicomiale. Tant'altra gente non ce l'ha fatta. Tant'altra gente continua a non farcela dimenticata dentro nuove ma più subdole mura del manicomio diffuso sul territorio.

Immaginiamo di andare dal nostro medico per un malessere; immaginiamo che questi ponga una diagnosi (*chiamiamola pure così anche se non lo è*) di "*malattia corporea*" e intanto ci mette in terapia e manipola il nostro corpo. Chi si sentirebbe soddisfatto di una tale diagnosi? Chi ne apprezzerrebbe l'autore? In psichiatria si può fare diagnosi di *malattia mentale* e nulla più, venire messi per anni in terapia e manipolati. Una diagnosi più specifica può comparire nella documentazione sanitaria solo dopo anni di trattamento e da allora in poi quella diagnosi può cambiare più volte. Come può anche cambiare passando da uno psichiatra all'altro. A tale riguardo sembra che la psichiatria non abbia gli stessi problemi della medicina.

L'importanza di narrare la psichiatria. Più che la presentazione di un libro, m'interessa che, attraverso un libro documento, al lettore si possa presentare un pezzo di storia di una persona che oggi s'imbatte nella Salute Mentale, ovvero nella psichiatria di sempre. L'autrice è benissimo in grado di presentarsi da sola e anche attraverso il bel libro che ha scritto, mentre, a fianco all'autrice è importante presentare quel pezzo d'avventura che ha riguardato Maria ma che può riguardare ognuno di noi.

Non avrei conosciuto questo pezzo di storia dell'attuale istituzione psichiatrica se la dottoressa Maria Amato non l'avesse raccontato. Non tutti quelli che vengono diagnosticati dalla psichiatria come "*malati mentali*" sono in grado o hanno la fortuna di potere, dopo, raccontare la loro storia qualche volta più terribile di quella di Maria. Lei, pur nella sofferenza, si può oggi considerare fortunata per essere stata capace di uscire in tempo da un viaggio dall'ignoto approdo e senza ritorno. Per qualcuno comincerà ancora e continuerà, anche senza il nostro volere, quel viaggio per un percorso incognito e senza fine. Ciò significa che dobbiamo essere ancora noi ad aprire un canale preferenziale di comunicazione con quelle persone che, tra noi, vengono diagnosticate dalla psichiatria. Un canale che spezzi l'isolamento, più spesso delle mura manicomiali, che si crea e si mantiene tra chi è all'interno dei circuiti della psichiatria e chi ne è all'esterno. Non mura di pietra ma mura d'esclusione costruite col silenzio, con l'isolamento, con nuovi sequestri e reclusioni nonostante lo statuto che oggi accompagna il "*malato mentale*" dia tutt'altra

indicazione.

Un contributo alla distruzione della psichiatria. Per portare un contributo alla distruzione di tali nuove e più subdole mura nasceva il progetto CONTRARIA-MENTE nella prospettiva di quella che ci è piaciuta chiamare Comunità Terapeutica Autogestita Diffusa sul Territorio, dove “comunità” ha il senso di tutte quelle occasioni relazionali e di promozione relazionale in cui il Disagio Relazionale possa viverci, possa rimanere e risolversi all’interno della stessa comunità dove è nato; ha il senso di voler distruggere tutti quegli spazi costruiti ancora in modo più subdolo per l’esclusione della follia accogliendo e mantenendo realmente all’interno della comunità la persona che vive una condizione di Disagio Relazionale, facendo sì che, in tal progetto, in ogni spazio della comunità di riferimento si possa individuare la funzione terapeutica del prendersi cura, dell’assistere, dell’accompagnare la persona con Disagio Relazionale in un viaggio sintelico. In un viaggio che, per ripetermi, sia *comune, concordato, condiviso*.

Allora questo momento che prende a pretesto la presentazione di un libro è un momento informale di quella Comunità Terapeutica che si coagula attorno ad una persona che, affacciata sul portone di un Centro della psichiatria ha avuto la forza ed il coraggio di dire: no, grazie; se quello che mi avete offerto è l’unico aiuto che la psichiatria mi sa dare, mi prenderò cura io del mio Disagio Relazionale, assieme a chi all’interno della mia comunità mi vuole bene. Questo momento non è medicalizzante, non ci sono psichiatri in attività o in colloquio, non si svolge in uno spazio per la follia, ma è l’occasione che, permettendoci di riflettere sulla narrazione che Maria ci regala, ci consente nello stesso tempo un pezzo di conoscenza, di consapevolezza sul Disagio Relazionale, in una prospettiva terapeutica ed emancipativa per la comunità tutta. È ampiamente terapeutica quella conoscenza di una problematica che ci riguarda perché la coscienza e la consapevolezza che di essa noi conquistiamo ci fa stare meglio, ci fa sentire bene, ci emancipa dalle pratiche di dominio, rappresenta la qualità della vita, costituisce la qualità della nostra vita, delle nostre relazioni, la nostra libertà.

La funzione della Comunità Terapeutica. Maria ha prodotto quella narrazione perché ha studiato – andava già all’università - ed è stata in grado di tradurre in libro anni di appunti presi nel periodo dei colloqui con lo psichiatra. Ma non basta avere studiato. Qualche volta la gravità del Disagio Relazionale, aggravata dalla sofferenza istituzionale aggiunta, aggravata dal danno dei lunghi anni di psicofarmaco subentrato perfino al talvolta possibile aiuto iniziale, aggravata da un processo di cronicizzazione apportato da anni di interventi acritici e di natura ancora prettamente manicomiale (cronicizzazione certamente ascritta alla malattia), ha distrutto tutto della persona: le sue qualità, le sue potenzialità, le sue speranze e quelle della famiglia. Molto spesso, anzi sempre, della relazione di una persona con la psichiatria nessuno saprà mai niente.

Maria con la sua narrazione e tutti noi con funzione di Comunità Terapeutica che accogliamo empaticamente quel percorso d’angoscia dell’incontro con l’istituzione psichiatria, stiamo attaccando criticamente la psichiatria in un punto e in un momento strategico: nella sua *pratica del taglio del linguaggio*.

Foucault, quando individua i cinque tratti caratteristici degli individui chiamati folli, dice: «Come si riconoscono questi individui nella società di cui parlo? In che cosa consiste la loro differenza? (...) Il folle è un individuo il cui linguaggio non ha lo stesso senso, lo stesso statuto rispetto alla funzione, al ruolo, alle possibilità di circolazione delle parole degli altri individui.» [M. Foucault, Op. Cit., pag. 295]

Questo, quando tutto e il contrario di tutto era *follia*. Quando la “*malattia mentale*” si differenzia dalla *follia* attraverso un non mai meglio identificato processo diagno-

stico sotto il sigillo della scienza medica, le cose cambiano, ma cambiano in peggio. Una volta diagnosticata dalla psichiatria, la parola del *malato mentale* vale meno che niente. Lo statuto della legge “180” non è riuscito di fatto a cambiare lo statuto del corpo che è quello del *malato mentale* ma è anche quello del folle più di prima. Le parole degli altri individui circolano con un senso, con uno statuto relativamente al senso; le parole del folle, comunque diagnosticato, non hanno lo stesso senso, lo stesso statuto. Oggi la diagnosi che riporta alla malattia riporta anche alla follia. Dal punto di vista dello *statuto* quello del *malato mentale* di oggi è quello di ogni libero cittadino e quello che la legge “180” gli ha riconosciuto ma, di fatto, la parola del diagnosticato *malato mentale* vale niente, perché rimane la parola del folle nella più negativa delle concezioni, indipendentemente dallo statuto che oggi riguarda la legge sul *malato mentale*.

La diagnosi psichiatria ancora oggi produce un taglio del linguaggio tra *normalità* e *follia*. È contro questo momento strategico, ma alquanto distruttivo della psichiatria, che stiamo intervenendo. Come? In modo molto semplice; con la creazione di momenti comunitari attorno alla dottoressa Maria Amato che, lungi dal relazionarsi attraverso una metodologia e una logica di potere e di dominio, si relazionano in una logica e in una metodologia dell’empatia. Noi abbiamo detto: non ci lasciamo condizionare da quello che la psichiatria dice di Maria, come l’ha diagnosticata, mentre ci interessa quello che Maria ci narra della psichiatria e di un momento particolarmente segreto per la psichiatria: il momento del confessionale.

Personalmente, tra l’istituzione psichiatria e la persona Maria, ho scelto la persona; ho cambiato la metodologia relazionale, ho scelto la metodologia empatica alla metodologia del potere e del dominio. Sto facendo questo assieme a voi.

Oggi la prima arma di distruzione della psichiatria non è quella suggerita da chi, in una qualche forma e in una qualche maniera, sostiene che più ignoranti siamo meglio riusciamo ad aiutare il folle o la persona nel Disagio Relazionale perché, visto che non è un problema medico, non è neanche un problema di conoscenza, ma è proprio quella di chi propone la *relazione empatica*. Maria Amato allora ci parla dell’importanza della relazione empatica contro la relazione di potere.

Abbiamo parlato anche di un libro: *L’analista Analizzato* di Maria Amato.

L’istituzione psichiatrica, nel suo riciclarsi nella Salute Mentale, teme profondamente, sia uno sguardo diverso nei confronti della persona in Disagio Relazionale, sia il relazionarsi in una metodologia empatica attraverso la relazione empatica. A ciò qualche volta si aggiunge la scarsa voglia di darsi pensiero più di tanto. Di fatto, pur rimanendo dentro lo statuto, anche ogni minimo tentativo di promuovere un approccio più sanitario e meno di controllo e guardianità alla persona in Disagio Relazionale, per la psichiatria diventa una provocazione che merita una repressione.

Provare per credere.

Santo Stefano di Camastra 29 Lug. 2007