

*Un modo di essere un modo per esserci*

**L'Incompatibile**

*A periodico di critica all'istituzione psichiatrica*

<http://www.incompatibile.altervista.org/>

## UNA QUESTIONE DI SOGLIA

*Parole diverse per un uomo incapace d'intendere e di volere non cambiano la violenta realtà del manicomio diffuso sul territorio.*

*I convegni della Psichiatria e il loro rapporto con l'autoritarismo dei Dipartimenti. Il punto di vista del pensiero relazionale. È lo stesso pensiero che dichiara la relazione "terapeutica". È lo stesso pensiero che rintraccia relazioni tra le funzioni religiose e la manicomializzazione del territorio. Al di là dell'amore per la vecchia e più immediata iconografia dobbiamo farci più capaci a trovare nuove relazioni. Dov'è depositata l'informazione della Psichiatria attuale? L'importanza di un'analisi della Psichiatria. La proposta di riforma della "180" ci ripropone una persona incapace di intendere e di volere. La Psichiatria è autorizzata a farne di tutto in lunghi regimi di TSO. Questo tutto obbligatorio e autoritario si continua a chiamare terapia. La relazione che fonda l'aiuto curativo non è immediatamente empatica. La proposta di Stato è ancora quella di una relazione autoritaria. Un riconoscimento legale di una routinaria pratica della manicomializzazione del territorio. Al di là della Psichiatria, al di là del consenso richiesto dallo Stato, l'operatore sanitario deve decidere definitivamente se stare dalla parte dell'Economia o dell'individuo. La questione del Disagio Relazionale continua a rimanere, al di là della conoscenza, una questione di scelta tra la relazione empatica e la relazione autoritaria e di dominio. Quali sono le conoscenze mediche scientifiche che giustificano l'indiscusso potere dello psichiatra, non tanto su una mai meglio definita malattia, quanto su una persona sofferente? Ci rivolgiamo non all'istituzione Psichiatrica ma gli individui, a qualsiasi livello, che muovono il loro sapere e la loro dignità in una cornice d'autonomia e d'empatia. Quella che si credeva una conquista degli individui è appena appena una riforma. La Psichiatria rimane una Istituzione di potere con la "P" maiuscola. La chiamano modifica della 833 del 1987.*

A me è sempre sembrata una sciocca presunzione l'idea che chi s'è fatto un paio di TSO possa conoscere la Psichiatria meglio di altri e, solo per questo motivo, proporre agli altri come comandamento da osservare tutto quello che la sua bocca produce. Pur se valida, una conoscenza parziale come tutte le altre e come tutte le altre mai da assumere come ostia consacrata. Anche per chi ha vissuto la Psichiatria sulla propria pelle è sempre necessaria un'analisi critica dell'Istituzione Psichiatrica, cosa diversa da un'analisi ideologica, da posizioni dogmatiche giustificate da un centinaio di gocce di Serenase in più o da non ancora rimarginate ferite.

Non si ci crederebbe. Perfino amabili persone. Psichiatri brillanti docenti universitari. Eccellenti ricercatori. Ho sempre sostenuto che i posti della Psichiatria andrebbero frequentati prima che uno ci vada a finire ricoverato e, a maggior ragione, dopo. I metodi che propongono a masse di vergini caste e pure lasciano a bocca aperta. La loro esposizione è impeccabile nello snocciolarsi ritmico come i grani di un rosario. I numeri delle statistiche aggiornatissimi. Non ha importanza se non sanno rispondere quando si chiede loro di quale "malattia" medica stanno parlando. E poi, non è nemmeno vero che non sanno rispondere; perché loro il problema l'hanno superato: è una malattia. Sul concetto di "malattia mentale" sono ormai così allenati che riescono a manipolare masse di studiosi senza suscitare il minimo dubbio su quello che stanno dicendo. Nemmeno la pur minima domanda. Mentre molti sono fossilizzati sulla questione malattia/non-malattia tutt'oggi. E perché mai gli allievi dovrebbero porre domande imbarazzanti ai loro docenti. Non c'è bisogno di parlare di malattia. Basta solo sapere che sono in molti quelli che non conoscono più se

stessi per quello che sono ma attraverso la diagnosticata malattia di cui sono titolari. Questa volta si mette tra parentesi non come non dimostrata ipotesi o ipotesi da dimostrare, ma dandola per scontata. E poi, le proiezioni delle immagini colorate, quelle dell'encefalo a colori, rosso, giallo, verde, blu; quelle macchie colorate che ormai i mass media ci hanno sbattuto sul muso come segno di conoscenza della materia che una volta si credeva solo grigia. Più chiaro di così? Queste sono le immagini che finalmente hanno unificato la mente col cervello. Hanno giustapposto? Hanno sovrapposto? Hanno infilato la mente nel cervello? Forse è l'encefalo che secerne la mente? Queste sono le immagini della "malattia mentale".

Stucchevolmente scientifici. La bellezza della Psicoterapia Relazionale e l'intervento psicoeducativo o psicoeducazionale che si vanno dando sempre più reciprocamente la mano. La bellezza della controcritica alla critica che voleva la famiglia colpevole, la madre colpevole e... una nuova consapevolezza scientifica: colpevole il cervello. E la resilienza. Questa viene dall'America. Il concetto di resilienza (resiliency) è nato e si è sviluppato negli Stati Uniti e racchiude le idee di elasticità, vitalità, energia e buon umore. Uno degli ultimi ritrovati della scienza psichiatrica. È meglio di un cocktail di psicofarmaci; si spera solo non la facciano diventare peggio. E poi, la dimostrazione di come, facendo riferimento ad una filosofia relazionale, si possa persino comunicare positivamente e con effetti veramente umani e di sollievo con un giovane buttato a terra che, nelle relazioni familiari, dice di essere un diavolo, un demone, un satana, insomma giù di lì; di come aiutandolo ad esserci, ad esistere, magari toccandolo, accarezzandolo, entrando in complicità con lui, quello che non si sa più se è un povero cristo o un

povero diavolo, sappia pure parlare e perfino stare meglio.

La sua famiglia aveva parlato di malattia quando lo psichiatra gli chiedeva chi fosse quel ragazzo; c'era la malattia, un malato, *uno che si rifugia nella malattia*. Ma ora una mamma fa diagnosi di malattia? E persino una diagnosi psicologica... e chissà che non avesse persino ragione. Ma come ci fosse lei arrivata alla malattia non se lo chiede nessuno. E aveva ragione: mai quello psichiatra smentì quella diagnosi. Se "*diagnosi*" (*dal greco dià, attraverso e gnosis, conoscenza*) è conoscere attraverso, è la procedura di ricondurre un fenomeno (*o un gruppo di fenomeni*), dopo averne considerato ogni aspetto, a una categoria, quella mamma aveva fatto una diagnosi ma aveva anche dimostrato come lo psichiatra produce una diagnosi così come sa fare anche una mamma: conosceva l'anamnesi attraverso la storia del figlio; conosceva il comportamento del figlio attraverso la sua storia e la conoscenza diretta. Anche il risultato di una tale classificazione si chiama diagnosi; a quella la signora non era arrivata, ci arriverà lo psichiatra. Tutti hanno in comune una malattia: l'ha detto lo psichiatra, lo dice la mamma, lo dicono tre senatori che chiedono la riforma della "180", lo dice il paziente. Nel convegno si parlava di "*malattia*"... all'inizio della mattinata. Mentre tre senatori, sulla "Schizofrenia", la madre di tutte le "*malattie mentali*", la malattia delle malattie, chiedono una delle riforme della "180", la più reazionaria e autoritaria dal 1978. Già prima delle 17.30 era scomparsa la "*malattia*" dalla sala convegno. L'esorcismo aveva funzionato. Tre professoroni, tre toreri in un'un'arena, avevano domato il pubblico esperto di una intera sala.

Un'aria di festa. Il rilassamento dopo l'esorcismo. Tenevo una parete che sembrava volesse cadere da un momento

all'altro. Il mio umore, dalla mattina al pomeriggio, era cambiato. Di mattina due parole erano state diagnosticate subito come burbere. Riguardavano il fantasma della "*malattia*" che s'aggira dallo psichiatra, alla famiglia, al paziente, ai tre senatori che concludono: se è una malattia deve essere curata anche con un sistema di TSO più pesante e più lungo. E poi... la pace, l'innamoramento. Ci si può perfino sposare, nelle tesi se non nelle persone. E perché no? Non ci sono difficoltà ad innamorarsi di tesi che pongono alla base dell'aiuto in certe difficoltà la relazione, nemmeno quando questo aiuto si chiamasse Psicoterapia Relazionale. Non è questione di nome. È questione di soglia: se quello che è al di qua della soglia, al di là si traduce in una manicomializzazione del territorio con un autoritarismo chiamato Tutela della Salute Mentale che, diversamente detto, significa il massacro o la cronicizzazione delle persone che si rivolgono ai Dipartimenti, si vede che qualcosa non funziona:

un sapere che parla due linguaggi, uno al di qua e uno al di là della soglia;

un sapere che è scientifico solo quando, al di qua, non ha davanti i pazienti;

un sapere scientifico che non sa imporsi a livello di Stato e istituzioni accontentandosi pure di tradurre, al di là, in massacro la poesia dell'al di qua;

una serie di conoscenze e di saperi che pongono alla base del loro potenziale terapeutico la relazione anche empatica, autonoma, antiautoritaria al servizio di una metodologia istituzionale che, non avendo spazio per quel tipo di relazionalità la traduce in relazione non di alessitimia ma di cinismo, di asservimento, di autoritarismo e quindi di potere e di dominio. Qualsiasi sia l'ipotesi, alla sua base si riscontra sempre un minimo comune denominatore: una questione di dominio, di utilità e non certo di conoscenza.

Avrei rovinato quella festa. Perché? Ho ritenuto che la festa, il veleno lo contenesse già in quello che offriva ai commensali e che poteva essere solo una questione di tempo che l'intossicazione avrebbe fatto il suo lavoro. Da che cosa derivava tutto quel consenso a tanta scienza e sapienza profusa a larghe mani? Forse dalle immagini di uno psichiatra che parlava con un folle e la sua famiglia? Forse dalle immagini di un pugno di stanze vuote, tirate a lustro, variopinte anche nelle luci, che ancora odorano della morte della Real Casa dei Matti di Palermo e che oggi si chiama Università? Forse dalle immagini che accompagnavano la dottorale relazione di un professore sui miracoli della Psicoterapia Relazionale? Forse dal dio sceso in platea, ecco il mio corpo, che consensualmente annuncia: dalla schizofrenia non si guarisce. Cosa importa? Hanno fatto veramente una gran bella figura. Gente da sposare.

*«Gli interventi sulla schizofrenia: un confronto tra la prospettiva relazionale e le altre prospettive.»* Tanta gente è “schizofrenica” e le statistiche danno come galoppante la “malattia mentale”. Non è per caso apprezzabile che il manicomio di Palermo, la Real Casa dei Matti, accolga oggi la Clinica Psichiatrica? Quale posto meglio di quello per dire che se è cambiata l'iconografia non è cambiata la logica? Un metodo che qualcuno in Sicilia aveva già definito quello del cambiare tutto per non cambiare niente. Non è per caso apprezzabile che ci sia una così grande inflazione di saperi rigorosamente scientifici dove prima non si sapeva come curare la follia? Smisuratamente e devotamente apprezzabile. Ma (*e su questo “ma” gli psi- di tutti i colori e a vario titolo avrebbero volumi da scrivere!*) c'è una questione di soglia. Perché una questione? Perché alla fine del Workshop, dopo il mio sposalizio con un eminente relatore, la platea usciva soddisfatta, se-

rena e ansiosa per le promesse che poneva un sabato sera da sballo tra le mille birrerie palermitane. Io, davanti alla soglia d'uscita della sala, mi chiedevo se oltrepassare quella soglia o no. Non avrei voluto. Avrei voluto che tutto si fermasse in quella poesia e in quella solidale umanità realizzata anche per poco in quella sala dell'Astoria Palace Hotel di Palermo. Il problema era che mentre in quella sala si respirava una pace coatta tra la platea e i relatori, necessaria ad assumere, in ginocchio, in silenziosa prostrazione e a mani giunte, l'ostia consacrata offerta dai sacerdoti, fuori, nei servizi, nei Dipartimenti di Salute Mentale d'Italia, a partire da quelli di Palermo, anche quel sabato 5 luglio 2008, si continuava a legare nei letti, a produrre TSO, a produrre cronicizzazione negli stessi centri diurni, a produrre manicomializzazione del territorio, proprio lì dove i terapeuti e il personale sanitario facevano riferimento alla relazionale posta alla base della terapia. Era difficile uscire da quella poetica sala, andare oltre quella soglia.

Tutta la messa celebrata in quella chiesa non aveva niente a che fare con quanto tutti i giorni si realizza in massacro nei vari Dipartimenti di Salute Mentale. Certo, concetti burberi. E, viceversa, gli utenti dei DD.SS.MM niente hanno a che vedere con quanto in quella funzione si predicava. Eppure, tutta l'impostazione di quel Workshop lasciava trasparire tutt'altro che la violenza e l'autoritarismo della Psichiatria nei confronti delle persone in condizione di Disagio Relazionale. L'iconografia della Psichiatria è profondamente cambiata. Che cosa hanno a che vedere quei tre psichiatri relatori con quanto succede oltre la soglia o con quanto hanno proposto tre senatori?

Sono questi gli effetti della Psicoterapia Relazionale? Quelli che portano da un dialogo di psichiatri ad un dialogo di senatori della Repubblica per conclu-

dere con un più ampio autoritarismo dell'Istituzione Psichiatrica alla faccia di ogni terapia relazionale?

Non basta dire relazione per dire immediatamente relazione empatica. La relazione ha un suo flusso indipendentemente dalla nostra capacità di coglierla. È certo comunque che va colta, anche quella esistente tra l'aldiquà e l'aldilà della soglia.

Viene difficile a tanti che pongono una critica alla Psichiatria capire che cosa sia lo psichiatra buono oggi: «... come fa una persona che è stata legata, torturata, drogata, umiliata, a farsi fare una presentazione da uno psichiatra? Psichiatra dell'istituzione. Non è solo una questione di posizione o partito preso, ma sta storia che certi psichiatri stanno diventando buoni tanto da romanzare racconti veri sulla Psichiatria, mi puzza. E mi puzza ancor di più quando poi approvano e confermano gli scritti di chi certe cose le ha subite e probabilmente una sera qualsiasi di un TSO qualsiasi, di Alice o chi per lei, se ne vanno a cena col collega che l'ha fatto!» Si vuole leggere la Psichiatria odierna con un registro che non esiste più; si fa riferimento ad uno psichiatra e ad una Psichiatria che hanno cambiato abito ma anche sapere. Lo psichiatra "buono" altro non dimostra che il problema non sta tanto nel porre una filosofia relazionale alla base dei rapporti umani o alla base dei rapporti di aiuto a persone in condizione di Disagio Relazionale; il problema non sta tanto in quanto si recita al di qua della soglia, ma proprio in quanto si concretizza in massacro al di là della soglia. Altro non dimostra, da come si evince nel romanzo di Baraldi "*Psicofarmaci agli psichiatri*", che la *relazione empatica* quale strumento di emancipazione dalla sofferenza all'interno di un percorso sintelico tra una persona che sta male ed un'altra che si pone in suo aiuto, non può trovare spazio

in una metodologia istituzionale fondata sulla relazione autoritaria e di dominio e dell'Economia e non certo sulla relazione empatica fondata sulla logica delle inutilità.

Ognuno di noi potrebbe avere mille e uno del tutto personali e intimi e convincenti motivi per tirare un colpo di pistola in fronte al figlio folle. Quando la follia mostra gli acuminati denti, il rasoio delle unghia, il veleno più che cianuro della parola, il progetto di vendetta per un delirante torto subito, quando intorno ad un tavolo s'inscena la danza della violenza ormai incontrollabile al di là di ogni ragionevolezza e di ogni buon senso, non c'è tempo, né spazio per un sentimento buono, per un pensiero, un'interpretazione, un modo d'intendere la follia. Qualche volta è solo il tempo della difesa, della fuga che scansi il pericolo e tolga spazio all'ulteriore agito della violenza cieca e distruttiva. Tal'altra è il bisogno, che si fa azione e scelta, di porre fine ad un tragico stress ormai senza più forza né speranza. Le cronache sono piene. A porre mano al delitto non è stato né il folle né il savio ma solo chi ne ha trovato occasione. In un proposito perfino buono: verso un incognito altrove ma che sia altrove.

Che tutto ciò possa e debba chiamarsi follia e appena secondario. Ognuno di noi potrebbe avere mille e uno del tutto personali e intimi e convincenti desideri che in tutto ciò ci potesse essere una rintracciabile malattia e che il nostro medico di fiducia, quello che ci segue da quando ancora avevamo il sedere infiammato per i pannolini, quello che ci ha curato gli orecchioni, quello che ci veniva a visitare per i nostri terribili mal di pancia infantili, quello che ci ha guarito dalla bronchite asmatica, quello che ci calmava la terribile tosse compulsiva, venisse ancora una volta a casa a portare conforto alle nostre

lacrime e la medicina risolutiva di questo malessere che ci sconvolge fin dal profondo delle nostre fondamenta trasformandoci qualche volta in indomite bestie rosse d'angoscia, di paura, di vergogna, di rabbia, violente contro una solo fantastica origine dei nostri mali.

Siamo cresciuti tra medici dei quali non abbiamo paura. Medici abbiamo in famiglia e tra i nostri migliori amici. È l'inganno psichiatrico che ci fa paura. E medici conosciamo, perfino medici psichiatri, che ci hanno accompagnato nei pensieri ricorrenti, nelle ossessioni, nei deliri, nelle allucinazioni, nelle angosce, nelle nostre lunghe e ripetute notti insonni, nelle nostre depressioni che ci toglievano l'ossigeno, la gioia di vivere e ogni speranza per un inesistente domani, nelle nostre allucinazioni che deformavano le mura delle città che vedevamo venirci addosso mentre ci davamo in fuga senza sapere né dove eravamo né verso dove andavamo. Medici che ai nostri deliri si sono donati non con la presunzione, l'arroganza, la prepotenza, l'autoritarismo della Psichiatria ma con l'abnegazione dell'umanità e della professione d'aiuto che ha attinto la sua forza terapeutica non dall'arroganza psichiatrica distruttiva di ogni umana relazione ma dalla metodologia empatica e dalla relazione empatica che consentiva, in un sorriso di mutuo appoggio e di reciproco esserci, l'avvio di un viaggio sintelico verso la più ampia emancipazione dal dolore, dall'angoscia e verso una migliore relazione con noi stessi e col mondo che ci circonda.

Ognuno di noi potrebbe avere mille e uno del tutto personali e intimi e convincenti motivi per giocare la vita in un sentimento, una promessa e una sfida; nel sentire la sofferenza del Disagio Relazionale una problematica che ci tocca nei più profondi sentimenti, nel promettere di trovare sempre nuovi modi di essere

per nuovi modi di esserci nell'affrontamento della sofferenza relazionale, nella sfida alle logiche psichiatriche autoritarie e di dominio attraverso la relazione empatica, d'aiuto, di solidarietà, d'amore, di fratellanza, di auto mutuo aiuto, di mutuo appoggio.

Allora le problematiche del Disagio Relazionale continuano ad essere non un problema di malattia/non-malattia, di medico o chiromante, ma un problema che pone di fronte, da un lato, il dominio di una Psichiatria che continua a preferire l'autoritarismo di regime, con contenzioni fisiche e coercizione, alle buone pratiche d'aiuto e d'assistenza; dall'altro, il bisogno e la necessità di essere folli ma anche d'essere aiutati, presi in cura o lasciati in pace che richiede l'intervento, l'aiuto, la collaborazione di saperi diversi e conoscenze diverse, di ogni risorsa in una metodologia dell'empatia, dell'autogestione, dell'antiautoritarismo, dell'autonomia.

Il Disegno di Legge n° 348, d'iniziativa dei senatori Carrara, Bianconi e Colli, Comunicato alla Presidenza il 6 Maggio 2008: *Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di assistenza psichiatrica*, dimostra a chiare lettere di come il cambio dei governi incancrenisce la logica di potere rimanendo lontano dai reali bisogni d'emancipazione dalla sofferenza e definisce pratiche terapeutiche le pratiche di morte, autoritarie e d'offesa della libertà, della dignità e della vita degli individui.

La "schizofrenia" (dando per scontato che finalmente ci sarà sicuramente più di uno ad aver capito che malattia è la schizofrenia) è una delle tante condizioni ritenute malattie ed occasione di Trattamento Sanitario Obbligatorio. Malattia o non malattia, ormai da un bel po' di anni, è considerata una "malattia" trattata dal medico psichiatra; eccezionalmente, dove si fa un lavoro più raffi-

nato, all'interno di un'organizzazione integrata d'équipe. Oggi c'è una proposta di modifica della "180" che è prima di tutto modifica del trattamento della "schizofrenia" la "malattia mentale" per eccellenza così com'è stata considerata dagli psichiatri. La proposta chiede che, criticabile per quanto possa essere la Psichiatria, la "malattia mentale" prima che malattia medica debba essere malattia di Stato le cui caratteristiche principali sono quelle dell'incapacità di intendere e di volere.

La proposta di modifica della "180" ha alla sua base una filosofia non condivisibile per le professioni d'aiuto, ma non solo, perché, oltre che lontana da ogni attualità dello stesso dichiarato sapere scientifico in materia di "malattia mentale", propone, nella relazione d'aiuto che nasce tra un individuo e un altro, una metodologia autoritaria, di potere, di dominio, di controllo sociale che niente può avere a che spartire con il bisogno di cure e terapie e di relazioni terapeutiche necessarie per riuscire con successo a portare aiuto in situazioni di Disagio Relazionale (Di.Re) o di Grave Disturbo Relazionale (Gra.Di.Re.) comunque lette e comunque interpretate. Cattive pratiche anche quando chi porta aiuto fosse profondamente e autenticamente convinto sostenitore dell'esistenza della "malattia mentale".

Il documento si divide in due parti di cui una introduttiva e di presentazione delle motivazioni: "Onorevoli Senatori", e un'altra consistente nel disegno di legge vero e proprio. Bisogna fare attenzione alle parole che usano ma anche a quelle che escludono in modo selettivo.

Il "malato" si muove in un'area di riferimento razionale caratterizzata dalla mancanza di critica di malattia, dalla gravissima frattura del rapporto di realtà, quindi dalla incapacità del "malato" di esprimere sia un valido consenso sia un

valido dissenso alla presa in carico terapeutica. Molto più esplicitamente e in altre parole, è ritenuto *incapace d'intendere e di volere*, prima ancora che potesse esprimere un valido dissenso o un valido consenso.

La proposta parla di due aree di riferimento razionale ma ne descrive solo una, quella del "malato" non accennando minimamente a quella del medico (che non chiama psichiatra) per la quale non occorre esplicitazione. Qual è l'area di riferimento razionale non del "medico", come dice il disegno di legge, ma del "medico psichiatra", come diciamo noi che sappiamo che si tratta di un medico ma anche di un medico psichiatra?

Da dove viene lo psichiatra e da dove la Psichiatria? Qual è il supporto e il sapere scientifico a cui fa riferimento nelle sue scelte cliniche? Se il TSO non è una scelta clinica non può interessare né il medico, né lo psichiatra, né l'infermiere. Qual è il razionale scientifico (*e se non è scientifico non ha potere di decisione clinica*) che autorizza lo psichiatra a potere decidere un'attività clinica e comunque manipolativa sull'irrazionale del "malato"? Quello del "malato" lo chiamano "razionale" ma lo definiscono per la sua irrazionalità di cui se ne fa oggetto la Psichiatria.

Una legislazione che cerca di lasciare lo psichiatra con le mani pulite. Il "malato mentale" non si vuole curare? Deve essere curato obbligatoriamente. La legge, quindi lo Stato, garantisce il trattamento del "malato" dentro un qualche nonluogo dell'Istituzione, lo psichiatra lo tratta. Io te lo tengo e tu lo tratti. Lo psichiatra se ne esce pulito perché è la legge che prescrive l'obbligatorietà non certo la scienza. Lo psichiatra segnala all'autorità il bisogno di un trattamento sanitario obbligatorio, lo Stato obbliga, lo psichiatra tratta.

Per come ne parlano, quella del

“malato”, in realtà non è un’area di riferimento razionale, ma irrazionale. Tant’è che gli autori dicono che chi è in quest’area è “malato” (e questo ancora prima di una qualche diagnosi) perché la persona: ha una “*mancaza di critica di malattia*” (concetto pensato e scritto con i piedi). Che cosa significa che una persona ha “*mancaza di critica di malattia*”? Così vengono in contatto due aree di riferimento, quella dello psichiatra, razionale; quella del “malato” di mente, irrazionale. Se così non fosse, le due aree non presenterebbero nessuna differenza degna di rilievo, né quella della Psichiatria potrebbe sentirsi autorizzata ad incidere autoritariamente su quella del “malato” mentale.

Ha una “*gravissima frattura del rapporto di realtà*”, (altro concetto pensato e scritto con i piedi); che cosa significa che una persona ha una: “*gravissima frattura del rapporto di realtà*”? Che cos’è il “*rapporto di realtà*”? Per questi motivi, perché ha una “*mancaza di critica di malattia*” e una “*gravissima frattura del rapporto di realtà*” ha anche “*incapacità (...) di esprimere sia un valido consenso sia un valido dissenso alla presa in carico terapeutica.*” Una condizione in cui una persona non può esprimere validamente né un consenso né un dissenso alla cura. Tutto porta alla conclusione di una persona *incapace d’intendere e di volere*.

Ci trovassimo pure di fronte ad una persona per la quale avessimo accettato la categoria dell’*incapace d’intendere e di volere* cosa mai potrebbe autorizzarci ad attuare nei suoi confronti un intervento autoritario e repressivo? La proposta di legge è proprio questa autorizzazione che vuole esplicitamente dare.

Coglionate simili è facile che se ne sentono da parte dei politici, senatori compresi, ma più grandi è difficile. Se non altro perché si riesumano le categorie di razionalità e irrazionalità, come si rie-

sumano, sotto diversa formulazione, la categoria dell’incapace di intendere di volere.

Non sarebbe già sufficiente una proposta simile a fare insorgere tutti quegli psichiatri che nei convegni pieni di psicologi di prima esperienza, spaccano il pelo in quattro sull’importanza della relazione, dell’alleanza terapeutica, del rapporto antiautoritario, del lavoro con le famiglie, e a loro fianco, che rappresentano una grande risorsa e, non ultimo, sulla prospettiva relazionale e la resilienza? Che cos’ha a che spartire tutta la poesia della prospettiva relazionale con una Psichiatria che, alla prima occasione, ordina TSO, contenzione a letto, camice di forza chimica, che riduce la gente al massacro a colpi di psicofarmaci? E che diranno tutti i “*democratici*” che continuano a produrre TSO e a produrre cronicizzazione nei Centri Diurni?

Quei senatori, non stanno parlando di una persona in carne ed ossa; stanno parlando della loro idea di follia, di “*malattia mentale*”. Incominciano parlando di “*medico*”, e non di psichiatra; parlando di “*malato*”, e non di “*malato mentale*”. Non è indifferente, perché le bestie è proprio lì che hanno il tallone d’Achille.

Alla categoria di razionalità corrisponde il medico, a quella di irrazionalità corrisponde il “malato” e nello specifico il “malato di mente”. Nel discorso, prima incontriamo il “malato” quindi il “medico”. Se c’è un “malato”, come in tante altre situazioni, e c’è un medico la cui funzione è quella della cura di quel “malato”, il medico, portatore di conoscenza medica e di delega alla terapia, deve decidere come curare il “malato”. Lui e solo lui può decidere... basta solo che rimanga legato, più o meno coattivamente, alla filosofia della riforma proposta. Questa è la prima frottola che mettono proprio da cappello a tutto il discorso così condizionato fino alla fine. Perché? Sem-

plice: perché quella non è una malattia per quel medico e quel medico non è medico per quella malattia. L'uno è per l'altro solo per dovere d'ufficio e non certo di scienza. Se quello è un medico non sarà certo il medico per quella mai trovata malattia: è proprio per questo motivo, e per quella condizione, che quello finisce di fare il medico e incomincia a fare lo psichiatra. Altra cosa da quella del medico: perché non sa della malattia che sta curando. Nessuno è stato ancora in grado di dirglielo. E se qualcuno gliel'avesse detto a nostra insaputa, anche noi vorremmo sapere, finalmente, di che malattia si tratta. Quello non è "malato" perché non sa di quale malattia è portatore, anche se sa di vivere o aver vissuto perfino una gravosa sofferenza. Se il "malato" fosse in relazione con se stesso, basterebbe la sua sofferenza a farlo ritenere "malato", o portatore di una qualche malattia; se è in relazione al medico, quella sofferenza non è più a lui sufficiente a poter parlare di malattia, a sapere come chiamarla né a consentire ad uno psichiatra di curarla tantomeno senza consenso. Tutt'oggi la logica della Psichiatria sembra di tutt'altra natura anche della stessa già poco affidabile logica medica.

Quei senatori si sono chiesti quale "malattia mentale", e non neurologica, è stata trovata da parte della Psichiatria anche a partire dal 1978?

Ci hanno allora messo di fronte ad una persona che si trova in una condizione particolare: non dissente ma non consente; non consente ma non dissente. Anche quando non consente né dissente ugualmente però si propone il TSO. Siamo di fronte alla solo diversamente espressa incapacità di intendere e di volere di classica memoria psichiatrica.

Quindi il TSO non è più intervento proponibile in rapporto al rifiuto delle terapie da parte del "malato" ma si pro-

pone perché lo psichiatra si trova di fronte ad un "malato" incapace di intendere e di volere: incapace di intendere l'importanza del consentire alle terapie e incapace di volere rifiutare le stesse terapie. Il TSO finisce di essere un tipo di intervento comunque e sempre mirante a stimolare il consenso e l'attiva partecipazione alla cura da parte del "malato" ma viene totalmente sganciato dal suo rapporto con il mai *validamente espresso* dissenso del "malato". La posizione, come la stessa relazione sanitario/paziente è teoricamente già determinata, in quanto la teoria indica la tipologia del "malato" ancora prima dell'incontro con lo psichiatra. Tale che uno psichiatra non s'incontra con una persona all'interno di una dinamica e di un flusso relazionale aperto, libero, autonomo; si troverà (lui o un altro operatore sanitario) di fronte ad una persona già pre-determinata secondo le categorie imposte dai tre senatori: un "malato mentale" non è in grado di esprimere né valido consenso né valido dissenso.

Dopo aver introdotto l'argomento con il termine "medico" incominciano a parlare dello psichiatra; dopo del "malato" incominciano a parlare di "malato mentale": come il "malato" è curato dal medico il "malato" mentale è curato dallo psichiatra. Questa l'analogia non detta ma lasciata passare sul discorso che gli fa da carrier per arrivare fino alle conclusioni a cui si vuole portare il consenso.

Semplice: è il medico, in quanto trattasi di malattia, a decidere una presa in carico terapeutica. Punto e basta. Una relazione immaginata, e pre-determinata come terapeutica, che non la si sta decidendo all'interno di una libera e condivisa relazione sanitario/paziente, ma la si sta decidendo con una legge, secondo l'idea d'individuo, di uomo folle, di follia, di "malattia mentale", di tre senatori; la si sta decidendo pre-determinatamente.

Ciò significa che qualsiasi sanitario, qualsiasi operatore d'aiuto, che accetta tali presupposti ideologici, si troverà di fronte ad una pre-determinazione che non gli chiede né responsabilità, né un parere, mentre gli chiede di farsi esecutore di decisioni nate altrove da una relazione terapeutica e assistenziale. Si trova di fronte ad una malattia stabilita dal governo; di fronte ad una malattia di Stato. Una relazione supposta terapeutica, una "presa in carico terapeutica" sulla base di una prescelta ideologica di tre senatori e di qualche pugno di psichiatri loro regicoglioni. Una relazione che grida: siccome io, psichiatra, quando incontro una persona la incontro in questi termini già stabiliti per legge, altro non farò che prenderla in carico terapeutico, così come lo Stato l'ha pre-determinata. Perché la persona che avrà di fronte sarà folle, proprio incapace di intendere e di volere come il governo dell'occasione ha stabilito.

Già la premessa è tutto un programma. Anche se non se ne leggesse il resto del proclama, si potrebbe già avere un'idea chiara della genialità dei tre senatori.

Riferendosi alla "180", dicono che la legge, quando affronta il problema dell'obbligatorietà dei trattamenti, ha intuito i possibili rischi di rimanicomializzazione. Di questi rischi ne tengono conto anche gli attuali senatori propositori, infatti dicono, è vero: «una sorta di rimanicomializzazione si può intravedere», ma dove? Dove ci sono delle «condotte operative» (non è che per caso si tratta delle scelte cliniche degli psichiatri?) «che intendano correlare il dissenso, non validamente espresso dai malati di mente, con un intervento "sanitario" obbligatorio finalizzato al controllo soprattutto comportamentale dei malati stessi».

Cosa significa: quando ci sono psichiatri che scelgono "condotte operative" (nei confronti del TSO la scelta cli-

nica, o condotta operativa, se non è degli psichiatri non è di nessuno) che, di fronte ad un «dissenso, non validamente espresso dai malati di mente», portano ad «un intervento "sanitario" obbligatorio», che abbia la finalità di controllare, (che significa anche modificare perché, senza la modificazione, non avrebbe senso il controllo) soprattutto il comportamento dei malati mentali («finalizzato al controllo soprattutto comportamentale dei malati stessi»), in questo preciso caso: «una sorta di rimanicomializzazione si può intravedere».

Ecco; è una cosa importante che i senatori tengano conto dei sempre possibili rischi di rimanicomializzazione.

Spiegano perché quelle scelte cliniche portano ad una rimanicomializzazione. Perché, il «controllo soprattutto comportamentale dei malati» «quando impossibile da ottenersi mediante la somministrazione di "terapie", deve comunque ottenersi in termini custodialistici, sfruttando cioè l'obbligo di residenza implicito nell'obbligo di trattamento residenziale, secondo il ragionamento, tutto manicomiale, per cui se i comportamenti malati non sono stati "guariti" dal trattamento, quel medesimo trattamento, ancorché inefficace, deve continuare e il malato deve rimanere rinchiuso. Dove non arrivano le cure, arrivano dunque i muri di recinzione, ovviamente solo ai fini di una pretesa tranquillità sociale.» Ci si commuove veramente.

I tre senatori parlano di uno dei vizietti degli psichiatri; intanto della loro pratica di «controllo soprattutto comportamentale dei malati» quindi arrivano al nocciolo, veramente al cuore della Psichiatria: «la somministrazione di "terapie"». Mille sono le ipotesi terapeutiche in Psichiatria ma, quando si parla di «somministrazione di "terapie"» ad altro non ci si può riferire che a quelle "terapie" che al "malato" pervengono per

somministrazione.

“*Somministrare*”: per il Dizionario italiano De Mauro online è: «v.tr.

(...) l’infermiere somministra le medicine ai malati, il sacerdote somministra i sacramenti ai fedeli;

(...) offrire, porgere, fornire: s. aiuto, consigli;

(...) propinare: ogni sera ci somministrano una tazza di brodaglia; appiappare, affibbiare: s. schiaffoni» [<http://www.anconanetwork.it/dizionario.php>]

Ora, considerando che, trattandosi di medico psichiatra, se volesse “*somministrare*” aiuto o consigli, non ci sarebbe bisogno di un Trattamento Sanitario Obbligatorio, dobbiamo ritenere che quelle “*terapie*” somministrate non consistono né in aiuto né in consigli. Considerando che non si fa un TSO per somministrare brodaglia né per affibbiare schiaffoni [*cosa che si fa pure, ma non è di questo che i senatori vogliono parlare*], altro non rimane per il significato di “*somministrare*” che somministrare terapie farmacologiche e, nello specifico, psicofarmaci.

Ritorniamo allora ai senatori:

Quando il «*controllo soprattutto comportamentale dei malati*» è «*impossibile da ottenersi mediante la somministrazione di “terapie”*» quindi di psicofarmaci, lo si deve comunque ottenere «*in termini custodialistici, sfruttando cioè l’obbligo di residenza implicito nell’obbligo di trattamento residenziale*». Il «*trattamento residenziale*» deve quindi riuscire a controllare quel comportamento che non si riesce a controllare con gli psicofarmaci. Quando meglio vogliono specificare cosa sia il «*trattamento residenziale*» dicono che è quel trattamento per il quale «*il malato deve rimanere rinchiuso. Dove non arrivano le cure, arrivano dunque i muri di recinzione*» e aggiungono poi, conclusivamente, che il “*trattamento*” prima di tutto del «*controllo so-*

*prattutto comportamentale dei malati*», vuoi psicofarmacologico che «*residenziale*» è «*ovviamente solo ai fini di una pretesa tranquillità sociale*»; «*per cui se i comportamenti malati non sono stati “guariti” dal trattamento, quel medesimo trattamento, ancorché inefficace, deve continuare e il malato deve rimanere rinchiuso.*»

Ricapitolando, i tre senatori vedono un rischio di rimanicomializzazione in un processo che richiede come essenziali i seguenti elementi:

- 1) una categoria: “*malattia mentale*”;
- 2) una professione: psichiatra;
- 3) una delega: lo psichiatra è delegato al controllo soprattutto comportamentale dei malati e all’intervento “*sanitario*”; è delegato al trattamento di *comportamenti malati*;
- 4) un malato di mente: persona che non consente, non è d’accordo con le cure psichiatriche;
- 5) una interpretazione psichiatrica: il dissenso della persona, in quanto dissenso di “*malato mentale*”, è «*non validamente espresso dai malati di mente*»;
- 6) un intervento «*sanitario*» obbligatorio;
- 7) la somministrazione di psicofarmaci (indipendentemente dal posto: a casa, in ambulatorio, al Centro Diurno, in un qualsiasi altro nonluogo della Psichiatria, ecc.);
- 8) una finalità: «*una pretesa tranquillità sociale*».
- 9) la somministrazione di psicofarmaci con obbligo di trattamento residenziale;

Cosa dicono della “180”? «*La*

*nuova disciplina legislativa ha postulato un diverso approccio alla malattia mentale, modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e della prevenzione dei disturbi mentali, spostando l'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali.»* Riconoscendo che la legge "180" ha spostato l'intervento pubblico «*dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e della prevenzione dei disturbi mentali*» riconoscono in essa, se non altro nei fondamenti teorici, anche la prevenzione del rischio di rimanicomializzazione normalmente finalizzata al: «*controllo soprattutto comportamentale dei malati (...) ai fini di una pretesa tranquillità sociale.*»

Non solo. I tre senatori che sembrerebbero più appassionati alla trentennale legge che alla loro stessa proposta, difendono perfino la "180"; infatti, legando la rimanicomializzazione essenzialmente ad uno di quegli elementi elencati, al momento cioè della chiusura del "malato", mettono in risalto di come l'obbligo al trattamento residenziale e alla chiusura del "malato" non ci sia più con la "180" tranne per le condizioni di TSO. È quello che si evince da quanto dicono i senatori anche se noi sappiamo che non è così. Ma perché questo incensamento della "180" quando ne richiedono una riforma perfino in senso reazionario? Per dire che la loro intenzione non è quella di peggiorare la "180" ma di partire da essa per migliorarla, tra l'altro anche perché: «*Ciò ha portato l'ordinamento italiano a non avere una legge specifica per la tutela della salute mentale.*»

Dei nove elementi fondamentali costituenti, per gli stessi senatori, un processo di rimanicomializzazione, risalente certamente a prima della "180", nella nuova proposta di riforma non ne manca nemme-

no uno; inoltre il punto nono peggiora.

Il fatto che il "malato" deve continuare a rimanere rinchiuso viene riconfermato, ai fini di una pretesa tranquillità sociale, ed incrementato non attraverso mura di recinzione classiche ma attraverso le più spesse mura del pensiero che si riscontra alla base di tale proposta e le mura della relazione obbligatoria con la Psichiatria attraverso un trattamento che ha molte affinità con l'obbligatorietà di cura per i tossicodipendenti e attraverso un modo d'intendere sia l'individuo che il "malato" aprioristicamente incapace di intendere e di volere.

Dei TSO di oggi? «*oggi, infatti, il procedimento di autorizzazione per i trattamenti sanitari obbligatori psichiatrici è piuttosto complesso: la proposta motivata del medico deve essere convalidata da un altro medico dell'azienda sanitaria locale.*»

Se complesso è, non lo è certo per i motivi indicati e previsti dalla legge con promessa di maggiore garanzia della persona. E non si può certo pretendere che senatori così attenti alla salute delle persone siano stati ad osservare cosa avviene ancora oggi nella Psichiatria riciclata della quale sono reali difensori e sostenitori. La convalida di un'altro medico è necessaria proprio perché dovrebbe avere la funzione di verificare se realmente non ci sia la possibilità di fare clinicamente in modo diverso.

Cos'è successo nella generalità dei casi? Una mano lava l'altra. Il TSO, normalmente proposto da uno psichiatra del CSM è stato convalidato da un collega psichiatra, sempre del CSM. Qualche volta la convalida avviene senza avere visto, da parte del medico convalidante, mai in faccia la persona sulla quale si richiedeva di intervenire. In questi termini qualche volta è stata fatta anche la proposta. Qualche volta lo psichiatra che fa la proposta esce dal CSM con il documento

di proposta e convalida già in tasca redatto e firmato. Tutto ciò è sempre avvenuto senza mai controllo alcuno. Qualche altra volta la proposta e la convalida sono state consegnate ai vigili urbani senza avere mai visto nemmeno in faccia, né tantomeno avere fatto una valutazione clinica, quella persona che si andava a rinchiudere e spesso volte a massacrare in un reparto degli attuali Dipartimenti di Salute Mentale.

I *«rischi si sono dimostrati inesistenti e sicuramente contrastati sufficientemente dall'azione degli stessi psichiatri del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Ospedaliero (SPDCO), cosicché la procedura è divenuta solo un inutile ostacolo alla cura e all'assistenza obbligatoria del malato.»* Certo che i rischi sono inconsistenti; anzi non ci sono proprio rischi, anche perché, lo psichiatra dell'SPDC, figurarsi se si va ad opporre a quello che hanno già detto due psichiatri prima di lui. Quello dell'SPDC sa assolutamente niente né delle condizioni che hanno portato al TSO, né del suo svolgimento, né di eventuali alternative. Si trova di fronte ad un'ordinanza sindacale, che significa la terza firma di tre autorità, che lo inchiodano al trattamento senza possibilità di rimedio istituzionale. Il rimedio ci sarebbe; ma volete che lo psichiatra si ponga contro la sua stessa Istituzione? Non parlo dei traditori della "180": sarebbero stati fatti loro se quelle loro scelte non avessero significato il massacro di tante gente definito terapia. Parlo di chi mai è uscito dalla logica psichiatrica. Eppure ci sono quelli che si schierano senza mezzi termini contro l'Istituzione e a fianco della gente che soffre all'interno di una relazione empatica e non certo autoritaria.

Relativamente all'SPDCO è una sigla che non esiste, in quanto per chi la usa è solo tautologica di SPDC che è previsto già ospedaliero e dentro un ospedale

generale.

Normalmente la persona arriva in TSO in SPDC (reparto psichiatrico) dopo aver assunto persino le prime terapie, cosa che dovrebbe portare alla esclusione del TSO. Non solo; quando l'infermiere s'è opposto al TSO fatto alla persona che aveva già aperto una relazione e offerto un'alternativa al trattamento di violenza avendo già perfino accettato la terapia, questi viene perseguitato, mobbizzato ed escluso per lunghi anni subendo la stessa violenza che per i pazienti è considerata terapia. Normalmente la persona arriva in TSO in SPDC, in un'Azienda e in un Dipartimento di Salute Mentale le cui risorse in potere non sono nemmeno lontanamente paragonabili a quelle manicomiali... sono molto più ampie.

Riguardo alle modifiche sul TSO: *«Queste modifiche vogliono garantire che i TSO, superando il dissenso del malato, trovino una ragion d'essere in un progetto.»* Il TSO deve superare il dissenso del "malato". Così abbiamo che un TSO si avvia per la *«incapacità del malato di esprimere sia un valido consenso sia un valido dissenso»*, nel senso che quando lo psichiatra propone il TSO, trovandosi di fronte ad un "malato", non sta sapendo se questo, ove riuscisse, volesse esprimere un consenso o un dissenso; però, di fatto, il TSO si propone e si dispone quando il paziente dissente dalla presa in carico terapeutica... anche se la sua posizione non è validamente espressa. Se il "malato", in quanto tale, non è nemmeno in grado di *«esprimere (...) un valido dissenso»* come fa lo psichiatra a proporre un TSO non sapendo se il "malato" stia realmente dissentendo o meno?

Un consenso o un dissenso, per essere validamente espresso, come dovrebbe essere espresso? Questo non lo dicono; lasciano che rimanga nel potere medico decidere se la posizione del "malato" sia validamente o meno espressa.

Tutto qui? Non solo. Le modifiche mirano a che il TSO superi il dissenso del “malato”. Ma quale dissenso devono superare se il TSO è stato richiesto solo su un solo ipotetico dissenso? E poi. Che cosa fa pensare che un TSO possa far superare il dissenso del malato? Se quel dissenso è sintomo della malattia, significa che il TSO ha guarito la malattia fino al consenso? E quale sarebbe la malattia che quel TSO ha curato?

Il “malato”, con trenta giorni di TSO è messo in condizione di scegliere tra il curarsi volontariamente e il curarsi con la forza? Qual è quella medicina, quello psicofarmaco, oltre ad una inequivocabile relazione terroristica, che sta curando la ipotizzata malattia attraverso le mai mantenibili promesse terapeutiche di un TSO che si può rinnovare di tre mesi in tre mesi?

Mi verrebbe veramente facile, appena conclusivo, a questo punto dire che una simile proposta sarebbe solo ed esclusivamente peggiorativa della già criticabile “180”. Come facile verrebbe a chi ci legge concludere per una nostra difesa della “180”. No; per niente. La salute, la libertà, il rispetto della dignità dell’individuo mai potranno essere *cosa* di Stato come non possono essere *cosa* da affidare ad una legge, fosse pure la “180”. Sono cose dell’individuo e dell’individuo devono rimanere.

Un’acquisizione della legge, il dominio la cambia quando e come vuole. Un’acquisizione degli individui, è difficile da cambiare. Tutto il movimento contro la Psichiatria e contro i manicomi aveva data agli individui e ai movimenti l’avvio di una possibilità d’acquire, di fare propria, una modalità diversa di vivere con le condizioni di Disagio Relazionale. Affidare tutto ad una legge di Stato ha affossato quella possibilità.

Una tale proposta, specie per la filosofia che ne è alla base, una filosofia di

Stato, di potere, dell’Economia, lungi dall’aver qualcosa a che fare con i già discutibili metodi della scienza medica, è solo peggiorativa della già pessima condizione degli individui che sono caduti, a diverso titolo e più o meno volontariamente, nelle mani della Psichiatria di sempre.

Ancora una volta ci troviamo di fronte ad una Psichiatria di Stato che nulla può avere a che vedere con l’assistenza a persone in condizione di Disagio Relazionale in una logica della metodologia empatica e della relazione antiautoritaria.

Con la presente critica, pur se rivolta all’Istituzione Psichiatrica che si adegua alla tipologia del dominio dello Stato e dell’Economia attuali, non si intende minimamente entrare nelle dinamiche contrattuali d’aiuto che gli individui realizzano tra di loro e che rimangono scelte individuali, più o meno libere che a noi sembrano.

Se la “malattia mentale” di cui la “schizofrenia” è massima espressione è quella posta alla base del pensiero dei tre senatori, ritengo che si debba riprendere in grande stile la lotta contro la Psichiatria di sempre e contro la Medicina e l’Azienda che se ne fanno garanti.

**Gaetano Bonanno**

(Lug. 2008)