



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

XXVIII CICLO DEL DOTTORATO DI RICERCA IN  
SCIENZE UMANISTICHE A INDIRIZZO FILOSOFIA

**DOPO IL MANICOMIO: GENEALOGIA E CRITICA  
DELLA RAGIONE PSICHIATRICA**

Settore scientifico-disciplinare: Filosofia Morale

DOTTORANDA  
SILVIA LUCIA D'AUTILIA

COORDINATORE  
MARINA SBISÀ

SUPERVISORE DI TESI  
PIER ALDO ROVATTI

*Marina Sbisà*

*Pier Aldo Rovatti*

ANNO ACCADEMICO 2014 / 2015

*Alla mia famiglia.  
Al suo compromesso con l'impazienza  
di essere così assolutamente famiglia.*

## Indice

### Introduzione

<i>La crisi della scienza e i successi delle scienze</i> .....	5
I parte .....	6
II parte .....	12

### Capitolo 1

<i>Il senno di poi</i> .....	20
1.1 <i>La parola ai matti</i> .....	23
1.2 <i>Un sé sempre nuovo</i> .....	31
1.3 <i>Una cultura consapevole</i> .....	35
1.4 <i>Il senso del possibile</i> .....	39

### Capitolo 2

<i>Antipsichiatria non è psichiatria antistituzionale</i> .....	42
2.1 <i>Diffusione geografica di un concetto</i> .....	44
2.2 <i>Capi d'accusa di una lesa maestà</i> .....	46
2.3 <i>Negare dall'interno</i> .....	48
2.4 <i>Coronamento di un sogno</i> .....	50
2.5 <i>Il sugo della storia e il sapore di oggi</i> .....	55

### Capitolo 3

<i>Se battaglia scientifica è battaglia politica</i> .....	62
3.1 <i>Scientificità del bisogno o bisogno della scienza?</i> .....	63
3.2 <i>Per un materialismo dei bisogni</i> .....	67
3.3 <i>Il manicomio diffuso</i> .....	71
3.4 <i>Effetti biologici della volontà di potenza</i> .....	75

<b>Appendice</b>	
<b>Per un esempio pratico dei contenuti: <i>Il delirio di Sandro</i></b> .....	<b>80</b>
<b>Capitolo 4</b>	
<b><i>Debolezza e potere</i></b> .....	<b>83</b>
<b>4.1 <i>Nascita della psichiatria, tavoli di anatomia e anfiteatri accademici</i></b> .....	<b>84</b>
<b>4.2 <i>Tecnologia della diagnosi psichiatrica: una lente d'ingrandimento sociale</i></b> .....	<b>89</b>
<b>4.3 <i>Sui farmaci: come un'ambivalenza linguistica divenne pratica</i></b> .....	<b>99</b>
<b>4.4 <i>Dispositivi, pratiche di cura e volontà di verità del potere psichiatrico</i></b> .....	<b>104</b>
<b>Appendice</b>	
<b>Per un esempio pratico dei contenuti: <i>Il ladro di biciclette</i></b> .....	<b>112</b>
<b>Conclusioni</b> .....	<b>114</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>123</b>
<b>Ringraziamenti</b> .....	<b>129</b>

## Introduzione

### *La crisi della scienza e i successi delle scienze*

*Tre anni fa circa, durante una cena, si parlava di diagnosi psichiatrica. Stava per uscire il DSM V (sigla di Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e stava per prendere avvio il mio percorso dottorale. Intervenni nella discussione proponendo che si trattasse, da un punto di vista filosofico e simbolico, di un'espressione della volontà di verità della scienza. O forse, più che di una volontà, di un effetto del suo potere di verità. Franco Rotelli, tra i presenti, si diceva un po' perplesso a riguardo, sostenendo che rispetto alla diagnosi psichiatrica non sa da che parte iniziare a parlare la psichiatria, figuriamoci la filosofia!*

*Pensai a lungo alla sua osservazione e pur non condividendone l'estremizzazione del problema, concordai con lui sull'estrema delicatezza di questo argomento.*

*Ora e solo ora posso dire che quell'obiezione rappresentò per me uno stimolo, un bisogno incalzante di approfondire le mie posizioni, per capire meglio cos'abbia da rivendicare un approccio filosofico su questo tema.*

*Proprio nel momento in cui le istituzioni scientifiche sono oggi asserragliate in specialismi impenetrabili se non agli addetti ai lavori, e proprio quando i tempi politici, culturali e sociologici congiurano contro la realizzazione di una rete di saperi armonizzata e coerente, si vorrebbe sperare che le discipline stemperino un tanto le inossidabili certezze teoriche sulle quali fondano le loro pratiche, per avviare se non altro un confronto robusto con la domanda filosofica e la sua itinerante dialettica del dubbio. Cos'è la storia? Ha senso il suo procedere troppo spesso in balia degli anacronismi scientifici? E i frutti della scienza si collocano in un orizzonte finalistico nel quale è sempre l'uomo la condizione di possibilità della ricerca? Oppure possiamo, con coraggio, riconoscere che non sono affatto ingenue e spontanee le sue lezioni?*

*La psichiatria, disciplina che esemplifica al meglio la consistenza di queste domande, se vale l'etimologia che rivendica (dal greco psychè, anima e iatrìa, medicina), deve delle risposte, e le deve in modo ancora più urgente da quando una legge di riforma ha decretato la chiusura dell'istituzione manicomiale. Si tratta di entrare nel cuore filosofico del cambiamento, per dimostrare con quale risonanza etica e culturale "i matti" son tornati tra "i sani" e quali nodi si celano ancora oggi dietro al dualismo ragione/follia.*

*Ne risulterà un'analisi triangolare, alla cui cima persiste il soggetto e ai cui vertici di base compaiono il potere e la verità. Si dimostrerà in che senso "un potere di verità" fabbrichi un soggetto e in quali modalità un "soggetto di verità" è ben integrato nelle leggi della psichiatria, della giustizia e della scienza. L'obiettivo sarà portare all'attenzione del lettore che nessun traguardo tecnico e scientifico può essere indifferente alla domanda sul soggetto, soprattutto quando quest'ultimo è messo in scacco da meccanismi di potere oggettivanti.*

*La critica non è un atteggiamento culturale, ma una soglia esistenziale. Allo stesso modo, la filosofia non è un diletto puramente estetico ed erudito, ma il pungiglione costante delle coscienze quiete e discrete.*

## I parte

Nel maggio 1935 Husserl viene invitato a partecipare presso l'Università di Vienna a una conferenza dal titolo *La filosofia nella crisi dell'umanità europea*. Indeciso fino all'ultimo se esporre il suo discorso o meno, infine interviene con un contributo che, assieme a ulteriori due conferenze tenute nel novembre di quello stesso anno a Praga, costituirà l'opera ultima della sua vita (morirà infatti nel 1938) e sarà pubblicata col titolo *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Si tratta di un testo incompiuto, per cui Husserl si trascinerà fino alla morte il rammarico di non aver portato a termine le sue riflessioni sull'idea di filosofia e sul ruolo delle scienze nella cultura europea. Il 1935 è anche l'anno delle Leggi di Norimberga; nel 1934 all'Università di Friburgo, dalla quale Husserl era andato in pensione nel 1928, diventa rettore Heidegger, che, come noto, aderì al nazismo: a Husserl, di origini ebraiche, viene vietato di far parte di associazioni filosofiche, di partecipare a convegni e accedere alle biblioteche universitarie.

Di lì a poco si assisterà sul panorama politico all'incedere delle politiche totalitarie, al secondo conflitto mondiale e a tutti gli orrori innescatisi a catena; sul piano culturale all'irrigidirsi, con il radicarsi dei regimi totalizzanti, dei meccanismi istituzionali e delle ideologie allineate. Viene da pensare che se Husserl fosse rimasto in vita, avrebbe parlato delle scienze e prim'ancora dell'umanità che produce le scienze in modo ancora più amaro di come ha fatto nel suo ultimo lavoro.

*La crisi* è un testo d'indiscusso riferimento nella cultura umanistica contemporanea. Vi compare tra l'altro una fondamentale riflessione sul senso della storia e i suoi effetti nella coscienza collettiva. Enzo Paci nell'Avvertenza al testo edito da ilSaggiatore afferma: *“Il tema della storia è un tema essenziale. Non è un tema aggiunto, ma è un tema che inerisce alla fenomenologia necessariamente e senza il quale la fenomenologia non avrebbe potuto essere quella che è stata e non potrebbe essere quella che è.”*<sup>1</sup> Per intendere le parole di Paci, occorre entrare nel cuore del testo e cogliere in modo sperimentale il senso della crisi denunciata da Husserl.

Si tratta di uno studio diviso in tre parti: la prima è dedicata alla crisi delle scienze come espressione della crisi dell'umanità europea; la seconda, rileggendo il geometrismo di Galileo e il razionalismo di Cartesio, analizza il contrasto tra obiettivismo fisicalistico e soggettivismo trascendentale<sup>2</sup>; la terza chiarisce il senso della conoscenza trascendentale, che avrebbe dovuto essere materia di studio della psicologia.

Fin dalle prime pagine, l'attenzione è rivolta al positivismo, che Husserl considera il principale responsabile della “decapitazione della filosofia”<sup>3</sup>, ovvero un progressivo processo di frammentazione dell'unità dell'essere e delle problematiche connesse all'essere.

L'esclusività con cui, nella seconda metà del XIX secolo, la visione del mondo complessiva dell'uomo moderno accettò di venir determinata dalle scienze positive e con cui si lasciò abbagliare dalla “prosperità” che ne derivava, significò un allontanamento da quei problemi che sono decisivi per un'umanità autentica. Le mere scienze di fatti creano meri uomini di fatto.<sup>4</sup>

Cos'è quella “prosperità” connessa indissolubilmente ai successi delle scienze positive? Husserl

---

<sup>1</sup> E. Paci, Avvertenza, in E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, ilSaggiatore, Milano, 2008, p.2.

<sup>2</sup> Si allude al rapporto tra obiettività della scienza e il momento preconcettivo e trascendentale della conoscenza, per cui la soggettività è una condizione per la conoscenza e non viceversa.

<sup>3</sup> E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, op. cit. , p.39.

<sup>4</sup> Ivi, p.35.

invita a riflettere sull'operazione prettamente umana che è il fare scienza. Non un evento naturale del mondo-della-vita (*Lebenswelt*)<sup>5</sup>, come il darsi del soggetto al mondo attraverso l'intenzione, ma dipendente dal mondo-della-vita. La separazione tra mondo-della-vita e mondo-vero-in-sé, ovvero il mondo delle scienze, determinata dall'illuminismo prima, dall'empirismo e infine dal positivismo, non rispecchia più un'idea di sapere di tipo rinascimentale, quando la scienza era ancora riferita alla filosofia, bensì un nuovo tipo di cultura in cui è venuta a delinearsi una distanza incolmabile tra i saperi della natura e i saperi dello spirito.

L'episteme positivista, nella corsa all'organizzazione delle discipline, includerebbe senza ritegno in questa parcellizzazione sistematica dello scibile anche l'uomo, abbassandolo a mero oggetto di ricerca, anziché immunizzarlo e valorizzarlo come imprescindibile condizione, quella di soggetto appunto, per cui esiste la ricerca. Il geometrismo e la matematizzazione dei settori scientifici hanno certamente sortito esiti mirati e concreti, pagando però il prezzo di un oblio delle finalità e delle condizioni della conoscenza. La svalorizzazione della fenomenologia trascendentale, ovvero l'aprioristica tensione del soggetto verso il mondo, rappresenta in questo ragionamento il costo inestimabile del progresso e dello sviluppo.

La spinta obiettivista, che secondo Husserl è all'origine della crisi europea, è nient'altro che un sintomo culturale della tendenza a dimenticare come la soggettività, che produce saperi, non possa venir conosciuta da nessuna scienza: non c'è scienza più obiettiva della non-obiettiva soggettività. La vera crisi della cultura europea è la "*perdita del suo significato per la vita*"<sup>6</sup> e per l'uomo.

Abbiamo ereditato dagli antichi un concetto di filosofia che è andato ora completamente perduto, è solo residuale: le discipline non concorrono più verso la spiegazione dell'essere, in senso assoluto, trascendentale ed eterno. Sono contingenti e finite, quindi positive. Ecco perché la filosofia, per contrasto, è diventata metafisica, non empirica, non verificabile e quindi senza radici concrete. Il *telos* proprio della filosofia greca, per la quale ogni sapere era produttivo in funzione dell'uomo, è andato smarrito, si è dimenticato il suo valore di raccordo e giuntura tra le scienze, e finisce oggi per essere sempre più neutralizzato dai successi materiali ed empirici delle discipline scientifiche e tecnologiche. Comprendiamo allora il senso di quella *prosperity* di cui Husserl parla: una crosta di *technai* e specialismi, in virtù dei quali le discipline sono niente più che occasioni di progresso ingiustificato e sviluppo automatizzato.

Il sapere, cui la soggettività è stata abbassata, è oggi metodicamente trasmesso nelle università, che sono il collegamento con gli specialismi professionali, come si consegna una merce; l'idea di cultura e la sua ragion d'essere sono divenute evanescenti o puri ingranaggi del meccanismo produttivo, tesi a diversificare e poi confermare le stratificazioni sociali.

---

Il concetto positivistico della scienza del nostro tempo è dunque -da un punto di vista storico- un concetto residuo. Esso ha lasciato cadere tutti quei problemi che erano stati inclusi nel concetto, ora troppo angusto, ora troppo ampio, di metafisica, tra gli altri quelle questioni che sono dette poco chiaramente ultime e supreme. A ben guardare, questi problemi, come tutti quelli che sono stati esclusi, hanno una loro inscindibile unità in questo: espressamente o implicitamente, nel loro senso, essi contengono i problemi della ragione – della ragione in tutte le sue forme particolari. La ragione è il tema esplicito delle discipline della conoscenza (cioè della conoscenza vera, autentica,

---

<sup>5</sup> Con questo termine, la filosofia husserliana identifica tanto il fondamento di ogni relazione soggetto-mondo, quanto la demarcazione tra le possibilità conoscitive dell'uomo e gli oggetti della conoscenza. È sia un criterio di autoevidenza e autocoscienza dell'intenzionalità costante e atemporale verso l'esterno, sia la materia concreta di questa intenzionalità. Ne deriva che la *Lebenswelt* funge da spartiacque tra un mondo storico e sistematico, e un altro privo di storia, immanente e connaturato alla presenza stessa dell'uomo nel mondo.

<sup>6</sup> Ivi, p.34.

razionale), dell'azione etica (l'azione veramente buona, l'azione fondata sulla ragion pratica); la ragione è cioè un titolo sotto cui si raccolgono le idee e gli ideali "assolutamente", "eternamente", "sopra-temporalmente", "incondizionatamente" validi.<sup>7</sup>

Lo scenario che si profila è dunque ibrido e ambiguo: da una parte una collezione di traguardi e successi che, giorno dopo giorno, le scienze raggiungono sull'onda dell'avanguardismo e del progresso; dall'altra un deterioramento culturale e filosofico, alimentato dalla perdita della ragione ultima e incondizionata della conoscenza. Sicché mentre la scienza è di per sé in crisi, le scienze progrediscono e non arrestano la loro corsa. *La svalorizzazione del mondo umano cresce in rapporto diretto con la valorizzazione del mondo delle cose*<sup>8</sup>, afferma Marx.

Il positivismo è apparso quale grande benefattore dell'umanità, trasformando qualsiasi fenomeno in fatto e trascurando completamente che il darsi del soggetto al mondo avviene in un luogo trascendentale che Husserl chiama *Leib*, per differenziarlo dal corpo oggettivato che chiama invece *Korper*. La corporeità del soggetto, in quanto materializzazione trascendentale della sua presenza nel mondo, pretende la priorità del rapporto io-mondo su qualsiasi fenomeno naturale: è in questo a priori ineluttabile che subiamo precategorialmente la vita. Postporre, al contrario, il mondo-della-vita al mondo-delle-scienze, come ha voluto la scienza moderna, significa non tenere conto che non ci può essere obiettività della *Lebenswelt*, se non come coscienza del legame tra l'intenzionalità e le ontologie del mondo.

Quando Husserl si chiede come possa un atto psichico individuale, che è un evento particolare, acquistare una validità universale, l'unica risposta plausibile la trova nella lingua e nella scrittura, le due trappole dell'umanità che, con la loro funzione limitante, determinano idealità scientifiche. I saperi sono intrisi di parole, di affermazioni e di concetti. Il linguaggio, nella sua convenzionalità comunitaria, sembra essere l'unica soluzione, peraltro molto approssimativa, al caos di immagini, percezioni e ambiguità che lo stare al mondo implica. Lacan diceva "io la verità parlo"<sup>9</sup>, alludendo alla fragilità di qualsiasi potere di verità sul soggetto, di fronte a un linguaggio ogni volta soggettivo e peculiare che, per tornare a Husserl, riflette, in questa sua costante soggettività sovratemporale e incondizionata, le prerogative obiettive della scienza.

La verità è prodotta dal reale; non produce il reale. È genealogico, non storico, il percorso tramite cui ci sono tante possibilità di verità quante formule di realtà viviamo: il mondo-della-vita è una possibilità, non una categoria assoluta e positiva. Da questo possibilismo esistenziale non può discendere un imperialismo scientifico che manca l'appuntamento con le motivazioni fondanti la scienza stessa, professa un credo storico che è sterile occasione di erudizione, ed esercita una sconcertante morale dell'oblio: l'assimilazione ininterrotta di storia come deterministico immagazzinamento di eventi concatenati sulla traiettoria inesauribile del progresso è una malattia direttamente connessa alla febbre di calcolo e previsione del futuro. Scrive Nietzsche:

Il modo scientifico di osservare il mondo: critica del bisogno psicologico di scienza. Il voler rendere comprensibili le cose; il volerle rendere pratiche, utili, sfruttabili: in quale misura ciò sia antiestetico. Attribuire valore solo a ciò che può essere computato e calcolato. In quale misura un genere medio di uomini voglia acquisire la supremazia grazie alla scienza. È spaventoso quando persino la storia viene conquistata in questa maniera, la storia che è il regno di chi

---

<sup>7</sup> Ivi, p.38.

<sup>8</sup> K. Marx, *Manoscritti economico-filosofici del 1844*, Einaudi, Torino, 2004, p.68.

<sup>9</sup> J. Lacan, *Scritti*, Vol. I, Einaudi, Torino, 1966, p.399.

eccelle, di chi giudica. Quali pulsioni sublimi lo scienziato!<sup>10</sup>

Se per Nietzsche questo utilitarismo e questa museificazione degli eventi rappresenta un “istinto di decadenza”<sup>11</sup>, per Paci riflette la schizofrenia delle scienze, divise, stagne e senza interferenze di senso.

Quando Husserl parlava della crisi delle scienze non sapeva fino a che punto l'avvenire gli avrebbe dato ragione. La crisi consiste nel credere che l'uso della scienza sia sempre giusto, che le cure scientifiche degli internati, in quanto scientifiche, siano senz'altro positive. La realtà è alla lettera il contrario. Tutta la scienza di fatto diventa una medicina che vuol curare le malattie dell'umanità, ma poiché la diagnosi delle malattie è fatta con la pretesa della neutralità, la scienza rinuncia alla sua funzione per l'uomo, per la persona, per una società umana di soggetti e non di oggetti. È vero che alla fine la scienza si rivela come una medicina (rimando in proposito alla fine del mio libro: *La storia del pensiero presocratico*, ERI, Torino, 1957). Ma la scienza in quanto medicina è appunto il riconoscimento di un *telos* di una nuova società “non totale”, trionfano le istituzioni totali divise, che sono l'equivalente della divisione e della separazione delle scienze e delle tecniche. Le scienze non relazionate, in altre parole, sono l'equivalente della schizofrenia. [...] Si rivela una precisa teoria della natura umana che vuol ridurre l'uomo a una serie di azioni meccaniche ben delimitate e questo proprio in nome di una “ideologia” della natura umana. Qui ideologia ha un significato negativo e la natura umana a cui si pensa non è certo la natura soggettiva di Husserl, ma una natura di uomini alienati e resi oggetti proprio come pensava Marx nei Manoscritti del '43 e '44.<sup>12</sup>

L'ideologia cui Paci sta facendo riferimento riguarda in prima istanza il concetto di uomo fatto proprio dall'istituzione e interessato a confermare lo *status quo*, per evitare che il potere di verità della scienza e l'interesse della storia possano essere attaccati nella loro integrità. Come la scienza non è mai neutrale, così la storia ha sempre uno scopo.

Ritenere che le scienze, singolarmente prese, abbiano la rassicurante funzione di far progredire l'uomo, assumendo così un'ideologia dell'umano, attiene a sua volta a un'ideologia della storia, per la quale qualsiasi datità è collocata in un *continuum*, dove il successivo riscatta sempre il precedente, omettendo gli errori, gli anfratti e i particolari scoscesi. D'altronde, se è vero che “*le ideologie sono libertà mentre si fanno, oppressione quando sono fatte*” (J. P. Sartre, *Che cos'è la letteratura?*), è il caso di riconoscere che l'ideologia della storia si fonda su “pezzi” di pensiero e cultura già pronti, prefabbricati e montati, dove non sono in alcun modo tollerate deviazioni dalla norma che possano far tremare l'archittrave. Il particolare, ovvero l'altro, sono sempre nemici della legge.

È quello che succede nella dialettica dominati/dominanti o governati/governanti.<sup>13</sup> Laddove per i secondi prevale sempre una costante fiducia nell'evoluzione e nella crescita, per i primi si tratta di funzionare come contraltare, potenzialmente in grado di far vacillare il culto del vero, e per questo azzittiti e resi innocui dal potere dell'istituzione.

Ebbene, quel che vorremmo dimostrare è, tra l'altro, che la storia della psichiatria si presenta come un esempio chiaro di questa dialettica, che è puro monologo della ragione sulle voci timide e silenziate della follia. Benché la psichiatria nasca nell'800 con l'intento di dare risposta della malattia mentale, trova altresì in essa, in quanto espressione di diversità, la giustificazione ai soprusi, alle sue forme di egemonia e di dominio.

Quando Foucault scrisse *Storia della follia nell'età classica*, il mondo psichiatrico rispose perlopiù con un'indignazione così caustica da indurre il filosofo francese a pensare che il boccone genealogico

<sup>10</sup> F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, Bompiani, Milano, 2005, p.368.

<sup>11</sup> Cfr. F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, Libro secondo *Critica dei valori supremi finora riconosciuti*, op. cit.

<sup>12</sup> E. Paci, *Istituzione totale*, aut aut, ilSaggiatore, Milano, n.113, 1969, pp.201-204.

<sup>13</sup> Cfr. F. Basaglia, F. Ongaro, *Introduzione ad "Asylums"*, in *Scritti II*, Einaudi, Torino, 1981-1982.

fosse andato di traverso. Foucault, non confermando il valoroso passato storico della psichiatria, ma al contrario ascrivendone le origini all'emarginazione dei lebbrosi dalla società, smentiva l'orgoglio medico-scientifico con cui il sapere psichiatrico aveva intriso le sue pratiche, e dimostrava il materialismo politico dei suoi obiettivi curativi. Quel che la psichiatria aveva assolutizzato come storia, sostenuta da un'indiscutibile verità scientifica, per la ricostruzione genealogica di Foucault rappresentava la cronaca delle motivazioni per cui il malato non era tanto degno di cura, quanto di allontanamento dal resto della società (cfr. capitolo 2).

La domanda che a questo punto vogliamo porre è: c'è qualcosa al di là della storia? Al di là del suo potere di verità? E inoltre: esiste un'alternativa alla storia e al suo ideologismo positivo?

Cercheremo di rispondere a questi quesiti provando che la storia si riscatta dall'ideologia se è regolata dalla possibilità dell'altro; se l'attaccamento all'identità è così debole da non creare le condizioni per realizzare quella "fenomenologia della distanza" per cui l'altro non ci appartiene. Sappiamo così bene chi siamo e siamo così gelosi di questa consapevolezza che abbiamo una spiegazione obiettiva e rassicurante per ogni tragedia che ci viene incontro. Non meravigliarsi più di niente, e quindi tollerare ogni accadimento, anche il più incomprensibile e al limite della dignità umana, è l'abito morale di chi crede che la verità storica materializzi fatti assolutamente reali e ineluttabili.

Al contrario la verità, così come la sua giustificazione storica, è sempre una possibilità esistenziale. La vita, o la *Lebenswelt*, non si presta ad alcuna argomentazione che non sia eventuale sperimentazione di realtà. È in questi termini che l'errore e il problema, puntualmente omessi dagli imprenditori degli avanguardismi scientifici e tecnologici, rappresentano invero la facciata della realtà, dove i finalismi filosofici sono sostituiti dai materialismi pratici e dove i bisogni reali sono rimpiazzati dai desideri cuciti sulle nostre soggettività tutte allineate e identiche. Dice Nietzsche:

La mia conclusione è questa: l'uomo reale rappresenta un valore assai più alto di quello rappresentato dall'uomo desiderabile per qualsiasi ideale finora esistito: tutti i *desiderata* riferiti all'uomo sono sempre stati stravaganze assurde e pericolose con cui una singola specie di uomini vorrebbe imporre come legge dell'umanità le sue condizioni di conservazione e di crescita; ogni cosa desiderabile nata in tal modo e giunta al dominio ha sinora abbassato il livello dell'uomo, la sua forza, la sua certezza dell'avvenire; la povertà e l'angusta intellettualità dell'uomo si svelano soprattutto, ancor oggi, quando desidera; la facoltà umana di porre valori fu sinora sviluppata troppo poco per poter risultare adeguata al valore effettivo dell'uomo, e non solo a quello desiderabile; l'ideale fu sinora la vera forza calunniatrice del mondo e dell'uomo, il veleno che aleggia sulla realtà, la grande seduzione al nulla.<sup>14</sup>

Le parole di Nietzsche traducono molto bene quella contraddizione tutta umana che consiste nel voler imporre valori storici e tradizionali, dietro agli alibi della conservazione e della crescita. Superare la morale storica significa guardare genealogicamente il presente, comprendendo quali possano altrimenti essere le condizioni che fondano una realtà che è reale in quanto effettivamente vera, ed è tale in quanto possibilità di verità riferita a un'esistenza unica e irripetibile. Il genealogista crea valori sempre nuovi. Scrive Deleuze: "*Nietzsche formula il concetto nuovo di genealogia. Il filosofo è un genealogista. [...] Genealogia vuol dire valore dell'origine e al tempo stesso origine dei valori.*"<sup>15</sup> Se, come abbiamo già detto, la psichiatria esemplifica bene le critiche che stiamo muovendo alle scienze, allora quel che questo lavoro intende portare avanti è una decostruzione dell'episteme psichiatrica, in quanto modello esplicativo di un sistema scientifico nel quale: il soggetto è così obiettivato nella conoscenza da essere totalmente svanita la sua precategoriale e trascendentale

---

<sup>14</sup> F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, op. cit., pp. 213, 214.

<sup>15</sup> G. Deleuze, *Nietzsche e la filosofia*, Einaudi, Torino, 2002, pp. 4,5.

presenza nel mondo; l'esistenza diviene un a posteriori, accessorio e impercettibile; l'esserci risulta un predicato del patologico, pronunciato e sigillato da una disciplina che, con i suoi diversi dispositivi (la diagnosi, l'infermità mentale, l'incapacità d'intendere e di volere, la pericolosità), esercita un potere di verità totale e inoppugnabile.

Quindi, nel momento in cui io dico: questo è uno schizofrenico (con tutto ciò che, per ragioni culturali, è implicito in questo termine), io mi rapporto con lui in modo particolare, sapendo appunto che la schizofrenia è una malattia per la quale non c'è niente da fare: il mio rapporto sarà solo quello di colui che si aspetta soltanto della "schizofrenicità" dal suo interlocutore.<sup>16</sup>

Non è scientifica la storia della psichiatria ma sociale, perché sociale è il processo che storicamente prima produce e poi appalta l'individuazione della diversità.

Secondo Ernesto De Martino, viverci come parte della storia e dei processi culturali è un'esperienza assolutamente umana, per cui, per contrasto, percepire di non essere parte della storia, di non appartenere a un gruppo sociale, di non condividere situazioni comunitarie, in una parola di non-esserci, favorisce il rifugio in un mondo altro, che gli psichiatri chiamano 'psicotico' e la società 'diverso'.

L'esserci-nel-mondo si identifica alla stessa vita della cultura e i "mondi" degli psicotici diventano relativamente comprensibili solo come rischio vissuto di non poterci essere in nessun mondo culturale umano. Tali "mondi" sono antropologicamente importanti in quanto denunciano una tentazione immanente allo stesso ordine culturale, la tentazione di annientarsi: una tentazione che dà rilievo alla battaglia culturale e che definisce la stessa cultura nella sua qualità fondamentale, di essere-nel-mondo attraverso le decisioni e le scelte degli individui, delle singole "presenze".<sup>17</sup>

Commentando De Martino, e ritornando a Husserl, si potrebbe allora dire che la posta in gioco riguarda "la presenza" e gli effetti che la sua negazione politica e sociale, in termini di noncuranza dei bisogni individuali, implica. La follia<sup>18</sup> è follia per chi? In funzione di chi? O ci sforziamo di ammettere che spesso le sue manifestazioni sono più un'occasione della coscienza sociale per tracciare limiti e confini della sua propria identità, al prezzo dell'individuazione dell'alterità, oppure

---

<sup>16</sup> F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Baldini Castoldi Dalai, Milano, 2010, pp.31,32.

<sup>17</sup> E. De Martino, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino, 2002, p.169.

<sup>18</sup> Si coglie l'occasione di questo uso iniziale del termine 'follia' per avviare una breve digressione sulle differenze concettuali e contestuali con cui nelle pagine a seguire faremo uso degli stessi termini e di altri molto simili, omettendo il virgolettato.

Cominciamo dalla parola 'follia': deriva dal latino *foliis*, ovvero otre, recipiente vuoto e rimanda quindi all'idea di una testa piena d'aria. Fino ai secoli XVII e XVIII, la follia viene concepita come sinonimo di errore nel giudizio e nella valutazione. Cartesio la colloca addirittura al di là del sogno, del dubbio e dell'errore: la follia è totale assenza di pensiero ed in questa sua peculiare caratteristica abbraccia la mente della persona folle in maniera uniforme e omogenea. È un esilio totale della mente. Solo con il secolo successivo, il XIX, in base agli ideali di profitto e guadagno dello stato borghese, la follia diviene il polo opposto del buon costume e del vivere secondo le regole: l'ospedale psichiatrico diventa il luogo in cui custodire questa diversità.

Il termine 'pazzia', invece, malgrado l'etimologia incerta, lo si riconduce spesso al greco *pathos* (sofferenza) e quindi al latino *patiens* (che patisce) mettendo così più l'accento sull'esperienza dolorosa.

L'espressione 'malattia mentale', infine, a differenza delle prime due riferite a condizioni esistenziali e soggettive, connota una condizione oggettiva: è il momento in cui la medicina incontra la sofferenza psicologica dell'uomo e la denomina in questo modo, alla stregua di qualsiasi altra patologia dell'area medica.

Ciò che preme sottolineare è l'impiego scevro di disamine culturali e scientifiche che si farà in queste pagine rispetto ai termini 'follia' e 'pazzia'. Al contrario si adotterà l'espressione 'malattia mentale' in risposta all'esigenza di alludere a un contesto effettivamente considerato su base medica e scientifica.

accettiamo di credere a un progetto di verità elaborato e costruito per far aderire segni e sintomi esistenziali a un termine diagnostico. Il segno, nella parola o nell'azione, è sempre l'espressione tramite cui il soggetto comunica il suo esserci, non la prova schiacciante della sua malattia.

Per scrupolose precisazioni dovute a possibili fraintendimenti, occorre chiarire fin da ora che non si vorrà ovviamente portare avanti una negazione del processo diagnostico o addirittura della malattia stessa, bensì, rispetto alla sua eziologia, si tratterà di non trascurare l'aspetto sociale, dove per 'sociale' intendiamo il tessuto di fatti e fattori comunque espressi che, interagendo con una presenza singola, individuale e irripetibile, innescano reazioni altrettanto singolari, individuali e irripetibili. L'effetto immediatamente pratico dell'affermazione teorica della *Lebenswelt* è l'inafferrabilità di questo concetto, l'impossibilità di circoscriverlo in termini psicologici e scientifici. Il mondo-della-vita è tale a condizione che nessuna predicazione gli sia riferita; che preservi la sua intrinseca e peculiare condizione di presenza in un mondo che vive intenzionalmente, prim'ancora che storicamente.

Pertanto, se analizzare il valore filosofico della presenza, nei modi che abbiamo fino a qui accennato, è un obiettivo delle pagine a venire, non sarà un intento di minore importanza la coniugazione della follia con la questione sociale, nel tentativo di far emergere le contraddizioni che scaturiscono dal ritenere ideologicamente la malattia mentale l'opposto della salute o del benessere, dell'efficienza o della produttività. Un luogo comune questo che inerisce molto spesso alle società produttive e consumistiche, dove si realizza a danno delle singolarità, una declinazione univoca e unilaterale dei concetti di benessere e salute. Il mondo borghese, nella sua cultura individualistica, concorrenziale e arrivista, tende più o meno implicitamente a rilegare la nozione di salute alla normalità e quella di normalità, a sua volta, al contributo positivo del singolo alla macchina sociale. In questa operazione di matrice economico-politica, ne va del capitale umano, che non solo smarrisce la sua individualità, ma paga anche a caro prezzo il suo non-esserci all'interno di un sistema omologato in pensiero e azione.

È in questo ordine di discorso che, citando Marx secondo il quale *per l'uomo la radice è l'uomo stesso*<sup>19</sup>, possiamo tradurre la crisi delle scienze europee in una crisi dell'idea stessa, radicale e fondamentale di uomo, come causa delle scienze e finalismo delle stesse.

## II parte

Da queste premesse deriva un filo rosso che da Husserl porterà a Basaglia, dalla critica al positivismo culminerà nella critica alla psichiatria biologica, dalle politiche di emarginazione dell'alienato in manicomio giungerà fino alle attuali dinamiche di abbandono dei più fragili alle periferie delle città. L'analisi si snoderà in 4 capitoli, con la peculiarità di essere sviluppati a partire da un preciso aspetto del pensiero di Nietzsche, che è stato per questo studio tanto un paradigma biografico, quanto un indispensabile riferimento filosofico e letterario dei temi affrontati.

Nello specifico: il primo capitolo si concentra sulla ricezione storica della chiusura dei manicomi, come avvenimento politico, sociale e culturale. Cos'è cambiato da quando la più nota istituzione psichiatrica ha chiuso i suoi battenti? Quali prospettive ha effettivamente offerto il contratto sociale

---

<sup>19</sup> K. Marx, *Per la critica della filosofia del diritto di Hegel*, in *Annali franco-tedeschi*. Cfr: <https://www.marxists.org/italiano/marx-engels/1844/2/criticahegel.htm>

al folle uscito dal manicomio? E con quali livelli di consapevolezza abbiamo collettivamente elaborato questo importante traguardo politico?

Il secondo capitolo, non senza risonanze sulla recente chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari, s'interroga sul fenomeno della cosiddetta 'antipsichiatria', termine che ha da subito preso a circolare con significati ambigui e inesatti, in contrapposizione al lavoro antistituzionale, estendibile a tutte le realtà in cui i soggetti lottano per i propri diritti.

In stretta relazione alla rivendicazione dei diritti è il terzo capitolo, dove si coniuga la condizione di precarietà economica e la mancanza di risposte ai fondamentali bisogni dei soggetti con l'instaurarsi di situazioni di disagio ed emarginazione sociale: lo scenario che si delinea è un circuito istituzionale all'interno del quale la psichiatria è spesso una tappa saliente.

Il quarto capitolo infine è sensibile ai principali motivi per cui oggi si ritiene la psichiatria "una scienza in crisi": dalla problematicità della diagnosi alla finalità dei farmaci, dal brutale ricorso alla contenzione fisica all'insieme di pratiche che rinnovano dinamiche istituzionali, si vogliono considerare le contraddizioni intestine a questo sapere, calandole nell'attualità e lasciando comunque aperto il confronto con le analisi già condotte a proposito dell'impresa di deistituzionalizzazione.

L'intento sarà dimostrare la distanza tra un paradigma psichiatrico che, citando Foucault, è ancora oggi un potere psichiatrico, e un modo di dover essere della psichiatria quanto più vicina all'uomo e al suo essere-nel-mondo. Il contributo che le scienze umane possono e devono dare al soggetto non riguarda tanto la sua nitida identità, quanto la sua esistenziale possibilità, se, per dirla con Nietzsche, non si vuole correre il rischio che la verità divenga il più classico e ricorrente errore della storia.

Va detto fin da ora, affinché il richiamo a Nietzsche non risulti l'ennesimo accostamento ai luoghi comuni sulla follia, che occuparsi di questo filosofo così abissale e sfuggente, ha richiesto una neutralizzazione del pregiudizievole concetto secondo cui la sua opera sarebbe frutto della sua "mente malata", o viceversa quest'ultima sarebbe stata condizionata dalla sua filosofia troppo amara e profonda. Le strumentalizzazioni cui il suo pensiero è stato sottoposto nel tempo esemplificano proprio quella tensione obiettivante con cui, in modo più o meno diretto, la scienza e la cultura tendono a definire e collocare i fenomeni entro un'aura di significatività delimitata e precisa, in relazione alla quale tutto quanto non è inquadrabile in cornici di senso, finisce nel canale di scolo della diversità (o della follia).

Nel testo *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957-1984*, Foucault, che in questo percorso rappresenterà una sorta di moderatore dei contenuti aiutandoci a destrutturare, attraverso la genealogia, il potere di verità psichiatrico, interrogato su una scarsa esplicitazione della sua filosofia a vantaggio di studi e ricerche su ambiti specifici del sapere, risponde:

Non c'è discorso filosofico senza oggetto. Guardi: o i filosofi assumono come oggetto l'esperienza, la loro, i dati immediati della coscienza, il vissuto etc. – e questi sono tutti quanti oggetti ben precisi – oppure scelgono come argomento di riflessione cose come l'essere, lo spazio, il tempo, vale a dire oggetti costruiti, in ogni caso accuratamente custoditi dalla tradizione filosofica scolastica, universitaria. [...] Se mi dice: "La filosofia parla in generale", io rispondo che quando un filosofo afferma che non parla di nulla in particolare, ma dell'esperienza in generale, parla in realtà di qualcosa di molto particolare, vale a dire dell'esperienza storicamente definita che è la sua, ma che egli fa valere come un'esperienza generale. Discutere dell'essere significa parlare all'interno di una tradizione storica [...] <sup>20</sup>

Il passo citato offre l'occasione di pensare al rapporto filosofia/esperienza pratica come un nodo

---

<sup>20</sup> M. Foucault, *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957-1984*, Cortina, Milano, 2006, p.72

inscindibile, nel quale si affrontano i problemi più generali del sapere solo a condizione di partire da un certo vissuto che è naturalmente particolare, ma proprio in questo senso elevabile al rango di precondizione scientifica. Scrive Nietzsche:

Il concetto di sostanza deriva dal concetto di soggetto, e non viceversa! [...] Critica della realtà: dove conduce il di più o di meno di realtà, la gradazione dell'essere in cui crediamo? Il grado in cui sentiamo la vita e la potenza ci dà la misura dell'essere, della realtà, della non-apparenza.<sup>21</sup>

Attraverso l'intermediazione di Foucault, si può pensare a un accostamento Nietzsche/Basaglia almeno sotto tre fronti argomentativi: nel rifiuto dell'imperialismo positivista sulle scienze; nella trasvalutazione dei preconcetti che controllano il pensare e l'agire; nell'urgenza di ritornare a una filosofia sensibile all'essere umano e all'esserci in quanto possibilità di qualsiasi successiva conoscenza.

Nel saggio *Ansia e malafede*, che Basaglia scrisse subito dopo il 1961, anno del suo arrivo come direttore al manicomio di Gorizia, leggiamo:

L'uomo moderno, nel suo lasciarsi determinare da tutto ciò che lo circonda e che gli viene incontro come un'offerta sia di benessere e prosperità che di distruzione e morte, rinuncia alla sua individuale partecipazione, alla "sua" esistenza, rinuncia alla sua soggettività e si oggettivizza nei prodotti delle scienze. [...] Per questo psicologia e psichiatria vanno alla ricerca del loro significato nella filosofia, la sola in grado di far comprendere alla radice l'uomo, i problemi del senso e del non-senso della sua esistenza, il suo modo di porsi di fronte al mondo, il suo modo di costruire il suo Dasein, la sua possibilità di essere autentico o di non essere autentico, di scegliere o di non scegliere.<sup>22</sup>

Che cosa rimprovera Franco Basaglia alla psichiatria e alle scienze umane in generale? Il fatto che anziché dare al soggetto spazi di scelta e autenticità nei quali far emergere la sua individualità, gli conferisce etichette, status sociali e recinti politico-economici in cui costringere la sua soggettività. Esaminando il rapporto medico-malato, Basaglia osserva che lo sguardo dello psichiatra, oggettivando il malato in una diagnosi, tradisce la trascendenza soggettiva dell'intenzionalità: l'occhio specialistico, prima di giungere a conclusioni obiettive e finite, ha da considerare la non-obiettiva dattità di quel malato che ha davanti a sé come prima obiettività di quel legame.

Chiedersi "malato di cosa?" per la psichiatria è stato da sempre più urgente del quesito "malato perché?" Se nel trovare risposte alla seconda domanda vengono indagate le radici esistenziali del disagio e i bisogni non soddisfatti della persona, nel produrre risposte per la prima domanda viene invece messa a punto un'etichetta rapida, nella quale identificare il soggetto e invalidare la sua specifica soggettività: da quel momento la sua presenza nel mondo si regge sulla distanza tra la diagnosi affibbiatagli e il restante corpo sociale.

In queste dinamiche, il malato non solo viene privato della sua malattia, che pure appartiene ineludibilmente e continuativamente alla sua esistenza, ma viene anche collocato in una dimensione altra, spinto a un margine di diversità e isolamento, che non restituisce più alcuna appartenenza a una coscienza, a una collettività e a un corpo sociale. La destorificazione è massima.

Ritorna allora impellente il tema della storia. La follia è sempre legata alla storia; è tale solo a costo di rappresentare una possibilità della storia, al punto che senza l'una non è possibile neanche l'altra. Ecco in che senso per Husserl la storia contiene una clamorosa criticità riferita in prima istanza a quell'oblio del trascendente, a causa del quale le scienze non sanno più sentirsi parte di un finalismo

---

<sup>21</sup> F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, op. cit., p.273.

<sup>22</sup> F. Basaglia, *Ansia e malafede*, in *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, 2005, pp. 3,4.

filosofico. Nell'Introduzione al testo di Husserl, Walter Biemel scrive:

È questa la prima pubblicazione in cui Husserl prenda espressamente posizione sulla storia e in cui tratti tematicamente il problema della storicità della filosofia. Già la conferenza di Vienna si fonda su una determinata concezione della storia. La storia è cioè concepita come un superamento dell'atteggiamento naturale (in quanto pratico-naturale), dell'attrito con ciò che è immediatamente dato, come il dispiegamento della teoria filosofica, che nella prospettiva di Husserl rappresenta una specie di epochè della vita originaria degli interessi, e, positivamente, un modo di cogliere l'essente nella sua totalità [...] Questo rivolgimento, che secondo Husserl rappresenta insieme un superamento del mitico, rende possibile innanzitutto la nascita delle scienze europee, che poi vengono sempre più in primo piano e finiscono per misconoscere i propri riferimenti con la filosofia.<sup>23</sup>

Se Husserl denuncia l'anteposizione da parte delle scienze europee del mondo naturale al mondo del soggetto, Nietzsche afferma di essere *"tutti i nomi della storia"*<sup>24</sup>, per cercare di riportare quel soggetto nel diritto di storicità e non certo in senso estetico, ma in termini finalistici rispetto all'essenza dell'uomo.

Nella contrapposizione "mondo-della-vita" e "mondo-vero-in-sé" (della scienza) l'accento della considerazione scientifica dell'essente in quanto mondo presuntivamente vero, dev'essere spostato sul "mondo-della-vita". Ma non per arrestarsi semplicemente al rilievo delle strutture del "mondo-della-vita"; nel prodursi del "mondo-della-vita" può essere resa trasparente l'operazione fungente dell'ego trascendentale. Quest'operazione avrebbe propriamente dovuto essere rilevata e resa accessibile dalla psicologia. Ma la psicologia non è stata in grado di farlo perché è sempre stata concepita secondo il modello delle scienze naturali e quindi non è stata in grado di risalire propriamente all'essenza del soggetto.<sup>25</sup>

Lungi dal rappresentare la filosofia più vicina al soggetto, la psicologia lo ha abbandonato drasticamente. Non può esistere, secondo Husserl, alcuna psicologia positiva, ovvero nessuna scienza che possa indagare il modo in cui il soggetto vive in termini pienamente reali e dati. Può esistere solo una psicologia trascendentale che s'identifica con quella filosofia trascendentale, e che la scienza ha tuttavia progressivamente rifiutato. Così traduce il concetto Marx nei *Manoscritti economico-filosofici*:

Una psicologia per la quale sia chiuso questo libro, cioè sia chiusa proprio la parte di storia più presente e più accessibile ai sensi, non può diventare una scienza effettiva, ricca di contenuto e reale. [...] Le scienze naturali hanno sviluppato un'enorme attività e si sono appropriate di un materiale sempre in aumento. La filosofia è rimasta frattanto estranea a loro, tanto quanto le scienze naturali sono rimaste estranee alla filosofia. [...] Ma la scienza naturale si è intromessa tanto più praticamente nella vita dell'uomo mediante l'industria, e l'ha trasformata, e ha preparato l'emancipazione dell'uomo, pur avendo dovuto immediatamente condurre a compimento la sua disumanizzazione.<sup>26</sup>

Sull'onda della ben organizzata strutturazione positivista della cultura, la malattia mentale è considerata né più e né meno che un fenomeno a sé, sconnesso da qualsiasi implicazione storico-sociale del soggetto e asetticamente inserito nell'insieme di conoscenze mediche che la clinica ha elaborato sulla malattia: la follia, spogliata della sua esperienza esistenziale, perde il suo carattere

---

<sup>23</sup> W. Biemel, Introduzione, in E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, op. cit. , pp. 24, 25.

<sup>24</sup> M. Ferraris, *Storia della volontà di potenza*, in *La volontà di potenza*, op. cit. , p. 603, (lettera di Nietzsche a Burckhardt del 4 gennaio 1889).

<sup>25</sup> W. Biemel, Introduzione, op. cit. , p.26.

<sup>26</sup> K. Marx, *Manoscritti economico-filosofici del 1844*, op. cit. , p.116.

soggettivo, sintetizzata in una banale predominanza della sragione sulla ragione e violentata con la camicia di forza della disciplina istituzionale. Scrive Franca Ongaro Basaglia:

Una volta attuata la rottura fra sofferenza individuale e realtà sociale (quindi condizioni di vita materiali, psicologiche e di relazione), sarà semplice dedicarsi alla malattia come puro fenomeno naturale, isolata dal mondo di cui il soggetto fa parte ed è espressione, e organizzare attorno a essa la cura e la terapia. Cura e terapia saranno tanto più impotenti, quanto più risulterà totale la frattura tra l'individuo e la propria storia.<sup>27</sup>

La riduzione della psiche a corpo, iscritta a pieno titolo nel processo positivista di unione somatopsichica, ha rappresentato un passaggio formidabile nel controllo dell'organizzazione sociale, poiché la clinica rigorosa e scientifica ha potuto rendicontare, attraverso la medicina naturale e biologica, il confine tra chi è sano e chi non lo è, e invero ha potuto segnare uno spartiacque tra chi è efficiente (quindi utile) e chi non lo è.

Condotta anche la soggettività nel calderone della *res extensa* e recisa qualsiasi relazione col sistema culturale, sociale, economico e politico in cui il singolo contrae il suo malessere, è rimasta una condanna alla salute come imprescindibile condizione di efficienza: un'esistenza residuale e automatizzata, dove la priorità di cura è rappresentata dal corpo economico, non dal corpo soggettivo. Se le masse sono inquadrare secondo criteri di produzione e guadagno, non c'è né modo né tempo di guardare il soggetto nella sua interezza, riferendolo a una storia e a un *telos* che possa motivare i suoi stati d'animo e le sue azioni. Al contrario, proprio quegli stati d'animo e quelle azioni sono ridotti a meri oggetti di analisi scientifica, parcellizzata e poi trasmessa in materia di studio. Si pensi al dispositivo della pericolosità sociale (capitolo 2), desunto dall'infermità di mente e dalla cosiddetta incapacità d'intendere e di volere di un soggetto al momento in cui ha commesso il reato (artt.88 e 89 Codice penale). Come se ogni gesto, anziché avere radici esistenziali, contestualizzate e connotate, derivasse deterministicamente dalla sua malattia, dacché il reato, banale o efferato che sia, appare agli occhi del giudice e dell'opinione pubblica incomprensibile e senza finalità.<sup>28</sup>

In relazione a questi ragionamenti diremo, in modo assai più articolato e complesso, che la debolezza che attiene oggi alla psichiatria comincia innanzi tutto dai tecnicismi accademici, intenti a trasmettere un sapere chiuso, che impartisce conoscenze al rango di fenomeni delimitati e finiti, senza dilatazioni di sguardo a tutti i processi biologici, storici, sociali e politici che attraversano l'uomo. C'è solo una riduzione oggettiva e stagnante alla malattia, come fosse sospesa in un vuoto irrilevante e contingente. La psichiatria versa in uno stato di tale debolezza epistemologica da rendere ancora più contraddittorie, paradossali e assurde le strategie di cura che mette in atto: pratiche totali e assolute seguono a teorie fragili, relative e opinabili, quando non del tutto arbitrarie. (Basti qui citare, come anticipazione del capitolo 4, la pratica di contenere fisicamente o farmacologicamente i malati ritenuti "agitati" o "pericolosi": un'azione che nell'incontro con l'altro esplicita la mancanza di risposte e soluzioni ai suoi bisogni.)

Il manichino, su cui la medicina positivista esibiva le sue conoscenze, tutt'altro che essere un'astrazione simbolica, rappresenta l'attuale fenomenicità del soggetto, un corpo malato o semi-morto, senza storia né appartenenze. Ebbene, questa corporeità "sbagliata" rappresenta per la scienza la giustificazione stessa dei suoi trattamenti e il pretesto per pensare che il patologico possa funzionare da non-essere dell'esserci. Scrive Basaglia in *Un problema di psichiatria istituzionale*:

---

<sup>27</sup> F. Ongaro Basaglia, *Salute/malattia Le parole della medicina*, Edizioni Alpha Beta Verlag, 2012, Merano, p.25.

<sup>28</sup> Cfr. P. Dell'Acqua, S. D'Autilia, *Il ladro di biciclette e il pugile assassino*, aut aut, ilSaggiatore, Milano, 370, 2016.

La psichiatria si trova oggi a confrontarsi con una realtà che è stata messa in discussione da quando –superata l’impasse della dualità cartesiana- l’uomo si rivela oggetto in un mondo oggettuale, ma contemporaneamente soggetto di tutte le possibilità. Solo la comprensione di questa premessa può spiegare la crisi di una scienza che, anziché occuparsi del malato mentale nella società in cui vive, si è gradualmente costruita un’immagine ideale dell’uomo, tale da garantire la validità scientifica del castello di entità morbose in cui ne aveva rinchiuso i sintomi. La psichiatria classica si è infatti limitata alla definizione delle sindromi in cui il malato, strappato alla sua realtà ed estraniato dal contenitore sociale in cui vive, viene etichettato, costretto ad aderire a una malattia astratta, simbolica e in quanto tale ideologica. Ma questa oggettivazione dell’uomo in sindrome, operata dalla psichiatria positivista, ha avuto conseguenze spesso irreversibili nel malato mentale che –originariamente oggettivato e ristretto nei limiti della malattia– è stato confermato come categoria al di là dell’umano da una scienza che doveva allontanare ed escludere ciò che non era in grado di comprendere.<sup>29</sup>

Assodato il fatto che un soggetto è e resta tale solo nella misura in cui non diviene *res*, non essendo cioè in alcun modo assoggettabile, Basaglia si adopera per dirigere il manicomio di Gorizia e poi quello di Trieste non sostenendo l’inesistenza della malattia mentale, ma “epochizzandola” per salvaguardare la soggettività. La messa tra parentesi della malattia, implicando che l’arroganza della ragione non giudichi l’intera esistenza di quella persona, mette la psichiatria nella condizione di guardare in faccia il soggetto, al di là dei pregiudizi della scienza e dell’istituzionalizzazione.

L’istituzione deputata alla cura del malato è contemporaneamente deputata alla sua totale distruzione, evidenziando così la contraddizione dell’istituzione stessa che, in quanto organizzazione sociale, deve la sua sopravvivenza alla spoliazione di ogni ruolo umano dell’internato in essa incorporato. Qui la violenza è drammaticamente palese, dato che la malattia è essa stessa giustificazione in atto di ogni sopraffazione e arbitrio: se il malato è incurabile e incomprendibile, l’unica azione possibile è oggettivarlo nella realtà istituzionale, nella cui azione distruttiva egli dovrà identificarsi.<sup>30</sup>

Per questo, per Basaglia, la mossa direttamente conseguente alle sue posizioni teoriche, è stata l’impresa pratica di distruggere il manicomio. La legge 180/78, nota come legge sulla chiusura dei manicomi, detiene in realtà il suo significato più profondo nella restituzione di storicità, temporalità e socialità alle persone, segnando uno scacco formidabile alle conoscenze sulla malattia mentale. Essa è a tutto tondo una legge sul soggetto, per la difesa della soggettività, per l’ingresso in una cultura consapevole della soggettività. Un cambiamento di grande respiro che riflette quelle spinte, quei movimenti e quei processi multidisciplinari che, con il contributo di sociologi, filosofi, antropologi e psichiatri stessi, a partire dagli anni ’50 e ’60 del secolo scorso, hanno prima auspicato e poi ottenuto una netta inversione di marcia dei saperi e delle pratiche psichiatriche (cfr. capitolo 2).

Malgrado l’importante traguardo, tuttavia Basaglia non sbagliava quando, già all’indomani del varo della legge, consigliava di rimanere vigili, prevedendo che, affondata la nave del manicomio, ben presto nuove navi, solo apparentemente meno minacciose, sarebbero apparse all’orizzonte. È ad esempio il caso di quelle frange scientifiche, politiche e sociali che, vedendo ancora oggi nella chiusura dell’istituzione manicomiale un’espressione di antipsichiatria, finiscono per auspicare un rinnovamento istituzionale, dimentico del dramma di “*demolizione del sé dell’internato che si trova soggetto a questo potere*”<sup>31</sup>.

Occorre allora recuperare nuovamente quella ricerca filosofica, già pretesa da Basaglia nel teorizzare

---

<sup>29</sup> F. Basaglia, *Un problema di psichiatria istituzionale*, in *L’utopia della realtà*, op. cit. , p.43.

<sup>30</sup> F. Basaglia, F. Ongaro, *Introduzione ad “Asylums”*, op. cit. , p.38.

<sup>31</sup> Ivi, pp. 37,38.

la distruzione del manicomio, e non tanto per ribadire una dialettica della liberazione ormai ovvia e scontata, ma per collocare teleologicamente, in un orizzonte di senso concreto e compiuto, una riforma che ha davvero dato un volto nuovo alla politica (che della scienza si avvale), alla società e infine all'uomo stesso.

Se come scrivono Horkheimer e Adorno “*senza speranza non è la realtà ma il sapere che -nel simbolo fantastico o matematico- si appropria la realtà come schema e così la perpetua*”<sup>32</sup>, è lecito pensare a una possibilità di realtà nella quale non sia il reale a causare il vero, ma quest'ultimo a delineare una realtà che è filosofica, in quanto precategoriale a qualsiasi forma di scienza, e genealogica perché strutturata sulle origini e per le origini dell'uomo. Si tratterà di prendere atto che la società su cui si deve discutere non è quella vera perché teorizzata così, bensì quella vissuta, in quanto direttamente reale e pratica. Applicando questo ragionamento alla psichiatria, Franco Basaglia asseriva di non riuscire a pensare a una teoria che non fosse stata anticipata da una pratica. Sono le concrete condizioni di realtà a rappresentare il vero della teoria e non, come vuole la scienza, la teoria a dettare legge sulla pratica.<sup>33</sup> Una scienza finalizzata all'uomo deve correre il rischio di cambiare continuamente abito, in concomitanza del reale da cui è attraversata.

Naturalmente, parlando di pratica, non siamo indifferenti alla consapevolezza che i limiti del presente lavoro iniziano proprio laddove finisce la scientificità (presunta o fondata) della materia che si è scelto di trattare. È esplicito per esempio che, parlando di malattia mentale, mettendo a lato criticità di tipo organico o alterazioni di tipo cognitivo, consideriamo il fenomeno come prodotto di un insieme di fattori di natura individuale, sociale, storica, geografica e politica. In questi casi il disagio non può essere scisso dalla cornice eziologica in cui ha preso avvio, e per questo motivo la sua analisi dovrà riflettere un orizzonte critico altrettanto ampio e composito.

Non da meno, sappiamo di essere collaterali e non direttamente operativi nei temi in questione, ma forse è proprio questa distanza che genera di tanto in tanto nelle scienze quegli “slittamenti di paradigma”, resi effettivi dal fatto che i fenomeni sono simbolicamente dati. Hanno tanti significati quante sono le griglie lessicali, disciplinari e metaforiche con cui intenderli. Le gambe della scienza sono semiotiche. Ad esempio, solo per dirne una, si è al corrente del fatto che tutte le volte in cui si è utilizzata l'espressione ‘malattia mentale’, coniugandola con fattori non biologici, organici, funzionali e tessutali, si è corso il rischio di un uso/abuso dei termini in una comunicazione non garantita dalla competenza specificamente medica. Il loro impiego è stato per così dire simbolico: lo stare per “quella cosa lì”, così come la intendono effettivamente la scienza e la comunità scientifica. Ma continuare a far sì che tutto quanto non compete agli addetti ai lavori rimanga a esclusivo appannaggio degli specialisti è esattamente alla base di quelle criticità che la corrente ricerca vuole criticare.

Se la filosofia vale la semantica che rivendica, e con essa la posta precategoriale e aprioristica dell'esserci, allora senza vanità e limitazione alcuna, bisogna che eserciti il suo sguardo intenzionale e incondizionato, per rispondere in modo sempre rinnovato, col mutare dei tempi e delle circostanze, dell'uomo e delle sue crisi di senso e valore. Scrive Husserl:

Non sapevo che fosse così difficile morire. Durante tutta la vita mi sono sforzato di eliminare qualsiasi vanità. E proprio adesso che ho percorso tutta la strada, cosciente e responsabile dei miei compiti, adesso che con le conferenze di Vienna e di Praga, per la prima volta sono riuscito a rifarmi soltanto a me stesso del tutto spontaneamente e ho

---

<sup>32</sup> Cit. in F. Ongaro Basaglia, *Salute/Malattia Le parole della medicina*, op. cit. p.119.

<sup>33</sup> Cfr. [http://www.triestesalutementale.it/basaglia/uomo\\_e\\_cosa.htm](http://www.triestesalutementale.it/basaglia/uomo_e_cosa.htm)

messo le basi di un piccolo inizio, ecco, devo interrompermi e lasciare il mio compito inadempito. Proprio adesso, alla fine, adesso che sono finito, so che dovrei ricominciare da capo.<sup>34</sup>

Non da meno Basaglia, pur non essendosi mai esplicitamente dichiarato assertore della fenomenologia (poiché per lui sarebbe stata una grande limitazione esistenziale), aveva capito che se anche la fenomenologia non portava alla verità certa, si poneva comunque la verità come finalità: e in questo modo, fare *epochè* diventava una mossa etica, prim'ancora che teoretica.

---

<sup>34</sup> E. Husserl, *L'idea della fenomenologia*, Laterza, Bari, 2007, p.8.

# Capitolo 1

## *Il senno di poi*

*“Ma vi siete mai chiesti abbastanza voi,  
a quanto caro prezzo si è fatto pagare  
l’innalzamento di ogni ideale sulla terra?  
Quanta realtà dovette sempre essere, a tale scopo,  
calunniata e disconosciuta,  
quanta menzogna santificata, quante coscienze sconvolte,  
quanta ‘divinità’ sacrificata ogni volta?  
Affinché un santuario possa essere eretto,  
un santuario deve essere ridotto in frantumi:  
è questa la legge – mi si indichi il caso in cui non è adempiuta!  
Noi uomini moderni, noi siamo gli eredi  
di una millenaria vivisezione della coscienza  
e di una tortura da bestie rivolta contro noi stessi.”<sup>35</sup>*

La storia è il senno di poi oppure non è storia. Se non è memoria finalizzata, è imperterrito scorrere del tempo. La condizione di progresso del sapere è rappresentata dal rifiuto di riporre garze sterili sul passato, al fine di tenere viva la consapevolezza delle lacerazioni interne e degli scontri che hanno sortito le tesi finali dei loro vagiti. Scrive Lacan:

Col termine ‘storia’ vi prego di non intendere quello che vi insegnano sotto il nome di ‘storia della filosofia’, o di qualunque altra cosa, che è una rabberciatura fatta per dare l’illusione che le diverse tappe del pensiero si generino l’un l’altra. Il più piccolo esame dimostra che non è così e che, al contrario, tutto si è sviluppato per rotture, per un susseguirsi di tentativi e di esordi che ogni volta hanno dato l’illusione di potersi innestare su una totalità.<sup>36</sup>

Nel caso della riforma psichiatrica italiana la rottura è stata un punto di non ritorno indiscutibile: uno spaccato culturale e civile, o come vuole Norberto Bobbio *“l’unica vera legge di riforma del nostro paese, perché nata direttamente dalla pratica”*<sup>37</sup>. Qui, parlando di ‘pratica’, alludiamo a quel terreno instabile, contraddittorio e potenzialmente esplosivo che deve fare i conti col prezzo che il *Dasein*<sup>38</sup>

<sup>35</sup> F. Nietzsche, *Genealogia della morale*, Adelphi, Milano, 2007, p.85.

<sup>36</sup> J. Lacan, *Il mio insegnamento e io parlo ai muri*, Astrolabio, Roma, 2014, p.77.

<sup>37</sup> [http://www.repubblica.it/online/cultura\\_scienze/centottanta/portante/portante.html](http://www.repubblica.it/online/cultura_scienze/centottanta/portante/portante.html)

<sup>38</sup> Si ritiene opportuno tracciare qui un excursus del termine per comprenderne i successivi impieghi e le relative contestualizzazioni. Com’è noto, all’inizio di *Essere e tempo* Heidegger lamenta la mancanza di un’approfondita indagine sul concetto di ‘essere’ da parte della moderna filosofia occidentale. Neppure due pensatori come Cartesio e Kant, le cui analisi sull’autocoscienza umana hanno fornito senz’altro contributi fondamentali alla questione della relazione io-mondo, avrebbero saputo sciogliere il nodo dell’essere. Occorre dunque, secondo il filosofo tedesco, ridestare l’attenzione sul senso di questo problema che riguarda l’uomo nella sua temporalità, come orizzonte di ogni comprensione. Analizziamo la parola: *Da* in tedesco indica uno spazio ideale, una sorta di apertura al mondo, che Pietro Chiodi, primo traduttore del testo heideggeriano in italiano, ha reso con ‘ci’, non tanto a titolo di localizzazione, quanto rispetto alla

impone all'individuo: la coscienza di esserci, l'emozione, la passione, la paura, il sacrificio o l'apatia. Insomma tutto quanto concerne la dimensione patologica dell'esistenza, in tutti i suoi ambiti e sottoambiti: dalla famiglia al lavoro, dalla società all'economia, dalle relazioni alla solitudine, occorre cogliere la radicalità della presa-in-cura.

Troppo spesso, nei luoghi comuni del parlare, si ritiene che per 'radicale' si debba intendere l'assunzione di posizioni politiche o parapolitiche drastiche e restie al compromesso con atteggiamenti moderati e più conservatori. Nient'affatto. Essere radicali in questi casi ha a che vedere col trattare l'uomo alla sua radice, con quel *Dasein* per il quale ogni esistenza è tale nella misura in cui ha subito l'enigmatico e problematico arrivo in un mondo che la tocca, la interroga, la stanca, la deforma e riforma in continuazione. L'esserci è soprattutto una contrazione patologica.

Ecco perché, se condividiamo l'accezione di 'reale' come praticamente vero<sup>39</sup>, ossessivamente ripetuta da Basaglia, non possiamo ignorare che sradicando l'esistenza dalla sua realtà quel che perdiamo è la sua biologica verità. Il vero è nel singolo, nel *bios* individuale, che esperisce la realtà in quel modo peculiare e non in un altro. È questo uno dei più pregnanti retroscena filosofici che il processo di smantellamento del manicomio comprende, come si tenterà di far vedere nei capitoli successivi.<sup>40</sup> D'altronde chi ha sostenuto, a ragione, che la riforma della psichiatria ha inaugurato un modo nuovo di assistere la persona folle non ignorava che questa nuova pratica non è stata generata da una precedente sovrastruttura teorica, ma l'ha determinata essa stessa. Se si fosse infatti fondata su un apparato teorico preconstituito, non si sarebbe fatto altro che reiterare il vecchio e confermare un ennesimo approccio unilaterale alla questione, per cui può fare e agire solo chi è formato a fare e agire.

Noi facciamo della pratica, prima della pratica e poi della teoria. Non facciamo prima della teoria e poi della pratica perché questo sarebbe un cammino molto più reazionario di quanto voi non possiate pensare; la teoria è *l'a priori* scientifico: del vecchio pensiero scientifico. Questo ci è stato molto rimproverato. Non mi sono difeso, ho accettato il rischio dell'empiria. Non avessi accettato questo rischio avrei riciclato inevitabilmente la teoria antica, quella dei testi e dei manuali da cui sono venuto. Avrei soddisfatto una forma di narcisismo intellettuale, avrei tradotto le nuove esperienze dentro un codice e un linguaggio che sarebbe rimasto lo stesso.<sup>41</sup>

L'empiria, ovvero lo scontro con la realtà, rappresenta un rischio continuo, una domanda sempre in corso, mai conclusa e finita, in continua decostruzione e ricostruzione. La pratica evolve con il modo di essere nel mondo dell'uomo, non in funzione degli assetti teorici della scienza.

In un senso di poi della riforma, ad aver effettivamente cambiato volto è stato l'umanesimo stesso. Tramite quella che Foucault chiamerebbe una vera e propria "tecnologia della dimostrazione"<sup>42</sup>, il valore del cambiamento è riferito a un modo nuovo di relazionarsi all'altro: non più nel giudizio di

---

modalità in cui l'essere (*Sein* appunto) si manifesta nella storia e nel mondo. È in base a questo presupposto che secondo Heidegger l'essenza dell'Esserci consiste nella sua esistenza, il cui incontro col mondo non solo lo mette nella condizione di porre il suo stesso essere, ma anche di avviare la fondazione di ogni ontologia, attraverso la comprensione di sé, l'interrogazione e la ricerca costante. Oggi, nella filosofia contemporanea così come in questa sede, il termine *Dasein* viene adoperato correntemente nel significato sancito da Heidegger, come essere dell'uomo nel mondo appunto, il che è sia un accostamento sia un superamento dell'utilizzo che ne aveva fatto Husserl nell'accezione di esistenza in quanto luogo privilegiato della coscienza. Altrettanto è stata superata la connotazione logica che assumeva questo termine per Kant prima e Hegel dopo: per Kant il *Dasein* è infatti la seconda delle categorie della modalità che si oppone al non-essere; per Hegel rappresenta il determinato, il finito, come categoria logica in contrasto col divenire.

<sup>39</sup> [http://www.triestesalutementale.it/basaglia/uomo\\_e\\_cosa.htm](http://www.triestesalutementale.it/basaglia/uomo_e_cosa.htm)

<sup>40</sup> Sarà il capitolo 3 a trattare l'argomento in maniera più approfondita e dettagliata.

<sup>41</sup> [http://www.triestesalutementale.it/basaglia/uomo\\_e\\_cosa.htm](http://www.triestesalutementale.it/basaglia/uomo_e_cosa.htm)

<sup>42</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004, p.210.

chi è o chi non è, di ciò che fa o non fa, ma nell'intento di accogliere e contestualizzare gli effetti particolari del suo esserci. La follia è una condizione umana. L'emarginazione non lo può essere.

Afferma Robert Castel che le prime voci più critiche, all'indomani del varo della legge 180, denunciavano soprattutto la dissoluzione di un punto di riferimento istituzionalmente importante attraverso il quale prendersi carico del problema della follia.<sup>43</sup> È evidente che la riforma abbia come fatto percepire la perdita della terra da sotto i piedi a chi aveva creduto fino a un attimo prima che la follia dovesse avere una gestione indiscutibilmente istituzionale, per cui il centro della città dovesse essere destinato esclusivamente alla vita dei sani, delle loro attività e della loro integrità psichica, destinando invece ai margini tutto quanto si opponeva a questa logica.

Sarebbe interessante allora capire se si sia trattato di dilatare il cuore cittadino fino alla tangenza col limite della normalità o se viceversa è accaduto che il perimetro della diversità si sia ristretto fino a strozzare la centralità della città. Al di là di questa interrogazione, quello che occorre sottolineare è la preziosa crisi che si è generata a partire dal momento in cui un dispositivo del controllo sociale come il manicomio ha cessato di rivendicare uno sguardo panottico sul malato. Il decentramento è diventato legge.

Questo cambio di prospettiva ha permesso di attribuire alla legge 180 un vero e proprio salto nelle scienze e nel sapere. Una dirompenza senza eguali nel costume e nella società.

Agostino Pirella, nel suo testo *Il problema psichiatrico*, riflette sul cambiamento chiamando in causa il filosofo americano Thomas Kuhn, il quale, nella sua opera fondamentale del 1962 *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, sostiene che la storia della scienza sia inevitabilmente sottoposta a continui 'slittamenti di paradigma'. Col termine 'paradigma' allude all'insieme di leggi e teorie che per un certo tempo la comunità scientifica si presta a sposare relativamente a un preciso fenomeno, finché non sopraggiunge un'ulteriore rivoluzione scientifica a proporre una nuova visione sull'argomento. La crisi della psichiatria, provocata dal progressivo superamento dell'istituzione, avrebbe, secondo Pirella, messo sotto scacco la "fiducia nell'evoluzione unilineare e cumulativa delle scienze", giacché secondo Kuhn una nuova teoria non è mai soltanto una semplice aggiunta al vecchio; è anche una distruzione e ricostruzione del precedente, una nuova valutazione dei fatti.<sup>44</sup>

Così, oggi, per parlare di follia, non solo non si può omettere questo cruciale snodo culturale, ma occorre riproporlo e riattualizzarlo nella volubilità di un presente, che non è meno insidioso di ieri, ma può vantare se non altro la consapevolezza di una possibilità di realtà sempre diversa, sempre aperta e criticabile.

Insegna Ernesto De Martino che la cultura fine a se stessa non significa nulla, non può essere foriera di alcun effetto pratico se non torna utile al soggetto per viverci come parte di una totalità storica e umana in continua evoluzione. L'uomo vuole subire il dramma lacerante di essere parte della storia, ha volontà di storia per ricostruire e ridefinire continuamente la sua identità.

Alla luce di questi ragionamenti, non è difficile prendere atto dell'oneroso errore in cui si rischierebbe d'incappare pensando che ci sia stata una riforma della psichiatria, si sia consumata e si sia conclusa, relegando il tutto o alla denominazione di 'legge 180' o peggio ancora al nome di Franco Basaglia. È il più pericoloso dei riduzionismi interpretativi in cui si potrebbe cadere facendoci lettori posteriori di questo importante cambiamento. Le ragioni sono almeno due. In prima istanza parlare con ideologismo di "legge Basaglia" denota una miopia grave che non vuole guardare la portata politica

---

<sup>43</sup> F. Giacanelli, Prefazione, in R. Castel, *L'ordine psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 1980, p. XV.

<sup>44</sup> Cfr. A. Pirella, *Il problema psichiatrico*, Centro di Documentazione di Pistoia, 1999, Cap. *Le basi epistemologiche della riabilitazione*.

e sociale del problema. Secondariamente, occorre sottolineare che l'altra faccia dell'apertura di un'istituzione come il manicomio, con il conseguente riversamento dei folli sul territorio, è rappresentata dalla negazione di tutti gli specialismi che ritengono di dover avere l'esclusività nella gestione della follia. La responsabilità non è più solo dei tecnici o degli addetti ai lavori, ma di tutta la società che se ne fa carico, e non in virtù di un buonismo legislativo, ma della consapevolezza che nessuno è immune, nell'orizzonte della sua temporalità, dall'implodere della domanda sulla follia.

Il rovesciamento di ruoli che si è realizzato ha cioè considerato l'ipotesi che l'altro potessimo essere noi in qualsiasi momento, rimanendo in qualsiasi momento in balia di un isolamento e un abbandono che non possono assolutamente dirsi all'altezza del contratto sociale.<sup>45</sup>

Poste tali premesse, possiamo avviarci verso la loro capillare trattazione entrando nel cuore di questo primo capitolo, che, come vuole il suo titolo, prenderà in esame i decenni successivi alla riforma, certamente non con la pretesa dell'esaustività narrativa, ma stando e ponendo l'accento su alcuni dettagli maggiormente degni di nota all'interno del quadro d'insieme degli accadimenti. Pertanto avremo quattro paragrafi così divisi: *La parola ai matti* per mettere in luce il processo tramite cui i folli sono tornati a prendere la parola; *Un sé sempre nuovo* per considerare i percorsi di ripresa che oggi le persone sperimentano e mettono in atto col sostegno di servizi e conoscenze acquisite; *Una cultura consapevole* per delineare quali atteggiamenti e prese di coscienza sociali hanno favorito l'applicazione di una legge che per diventare tale richiedeva innanzitutto una mutazione nel pensiero collettivo e nel comune sentire; *Il senso del possibile* per riflettere sull'importanza di pensare la realtà in maniera sempre diversa da come è e porla sul costante equilibrio della contraddizione.

## 1.1 La parola ai matti

Il processo di riforma della psichiatria ha restituito diritti al folle, tra cui anche una voce e una libertà espressiva, la cui precedente negazione lo rilegava a uno stato di oggettualità imbarazzante e degradante.

Per afferrare questo aspetto del cambiamento, è opportuno domandarsi perché il pazzo, tra le altre cose, non godeva del diritto di parola, come strumento tramite cui affermare la sua volontà e la sua decisionalità.

La prima legge nazionale sull'assistenza psichiatrica venne promulgata dal governo Giolitti, L.36/1904 *Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati* e regolava la presa in carico dell'alienato non dal punto di vista sanitario, ma per la tutela dell'ordine pubblico. La cura era subordinata alla custodia di chi riusciva di pubblico scandalo ed era pericoloso per sé e per gli altri. Dopo la certificazione di un medico, l'ordinanza del questore e una relazione scritta che il direttore del manicomio doveva trasmettere al procuratore della repubblica, la persona veniva o dimessa o sottoposta a ricovero definitivo con conseguente interdizione e privazione dei diritti civili (tra cui: votare, vendere, comprare, sposare, fare figli, ereditare, amministrare i beni e così via) *“La scienza*

---

<sup>45</sup> Con questa espressione, mutuata dal pensiero dei contrattualisti e dalle analisi di chi studia i fondamenti della società, si fa simbolicamente riferimento a quelle condizioni di ordine civile e politico che avrebbero spinto gli uomini ad associarsi in società da un precedente stato di natura. Nel contrattualismo, governanti e governati s'impegnano a rispettare determinati vincoli e obblighi, per avere in cambio la garanzia e la tutela di uno stato di diritto tipico del vivere in società e su cui prima invece, nello stato di natura scervo di regole e norme, non potevano contare. I maggiori contrattualisti della tradizione filosofica sono stati: Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau.

*aveva deciso che il malato mentale era un malato incomprensibile e, come tale, pericoloso e imprevedibile, lasciandogli come unica possibilità la morte civile.*"<sup>46</sup>

Pertanto l'alienato perdeva qualsiasi contrattualità sociale, non tanto per una comprovata alterazione delle facoltà mentali, ma perché a priori il suo diritto di cittadinanza poteva minacciare da un momento all'altro l'integrità sociale. Il rischio andava prevenuto e neutralizzato.

Quando una persona entrava in manicomio era spogliata di tutti i suoi averi e veniva destinata a un reparto specifico in relazione alla sua peculiare alienazione. La vita nell'istituzione era attesa che la vita passasse<sup>47</sup> in una routine scandita dal sonno, i pasti e l'uniformazione totale alla disciplina: se il corpo manifestava una qualche alternativa a questo rigore, senza esitazione si ricorreva anche alla negazione della corporeità. Racconta la signora Carla, ricoverata da molti anni a Gorizia: *"Eravamo tutti legati col giubbetto. Alcuni attorno agli alberi, altri attorno alla panca e fino alla sera non ci slegavano più. Quindi si era, capirà lei in quali condizioni. Eravamo tutti sporchi addosso. Alla sera ci slegavano e ci mettevano a letto legati polsi e caviglie."*<sup>48</sup>

Il corpo, in quanto fondamentale strumento di linguaggio ed espressione, è un argomento cruciale per il tipo di riflessioni che stiamo affrontando: è la *liaison* tra la coscienza che l'uomo ha di sé e la coscienza che ha del mondo nella sua interezza; è il radicamento del soggetto nel suo mondo vissuto. *"Il nostro ingresso nel mondo si attua infatti nel momento del nostro apparire come corpo: ogni espressione, ogni atteggiamento con cui l'uomo si dà e coglie il mondo è corpo ed è corpo il complesso di possibilità che da esso emanano e che realizzano - nel suo apparire - la sua mondanità umanizzata."*<sup>49</sup> In queste parole di Basaglia è evidente non solo la risonanza de *La fenomenologia della percezione* (1945) di Merleau-Ponty, lettore della fenomenologia husserliana in chiave percettiva, ma anche l'influenza di Sartre e del suo esistenzialismo. È a partire dall'apertura attiva e innata al mondo che il corpo esperisce la possibilità dell'esistenza e allo stesso tempo fornisce consapevolezza della partecipazione alla totalità storica e intersoggettiva. La concretezza corporea genera senso e azione. Tutto quel che esula dalla concretezza del corpo in quanto essere-dell'uomo-nel-mondo è contingenza. Scrive Sartre ne *L'essere e il nulla* (1943):

Queste osservazioni possono essere generalizzate; possono essere applicate a tutto l'insieme del mio corpo, in quanto è il centro del riferimento totale che le cose indicano. In particolare, il nostro corpo non è solamente ciò che da tanto tempo è stato chiamato "la sede dei cinque sensi"; è anche lo strumento e il fine delle nostre azioni. Non è neanche possibile distinguere la sensazione dall'azione, secondo i termini stessi della psicologia classica [...]<sup>50</sup>

E più avanti:

---

<sup>46</sup> N. Vascon (a cura di), Introduzione documentaria, in *L'istituzione negata*, B.C. Dalai editore, Milano, 2010, p.33.

<sup>47</sup> *"Quando moriva uno qui una volta suonava sempre la campana, adesso non usa più. Quando suonava la campana tutti dicevano: oh Dio, magari fossi morto io, dicevano, che sono tanto stanco di fare questa vita qui dentro. Quanti di loro non sono morti che potevano essere vivi e sani. Invece avviliti, perché non avevano nessuna via d'uscita, non volevano più mangiare. Gli buttavano giù il mangiare per il naso con la gomma, ma non c'era niente da fare, perché si trovavano chiusi qui dentro e non avevano nessuna speranza di uscire. Come una pianta quando è arsa perché non piove e le foglie appassiscono, così era qui la gente."*

Questo è il racconto di Andrea, ricoverato da una vita nell'ospedale psichiatrico di Gorizia. In Introduzione documentaria, *L'istituzione negata*, op. cit. , p.15.

<sup>48</sup> Introduzione documentaria, *L'istituzione negata*, op. cit. , p.24.

<sup>49</sup> F. Basaglia, *Corpo, sguardo e istituzione*, in *L'utopia della realtà*, op. cit. , p.28.

<sup>50</sup> J. P. Sartre, *L'essere e il nulla*, ilSaggiatore, Milano, 2002, p.377.

Così il mondo, come correlativo delle possibilità che io sono, appare, dalla mia nascita, come un enorme abbozzo di tutte le mie azioni possibili. La percezione si supera naturalmente verso l'azione; meglio ancora, non può manifestarsi, se non in progetti di azione, o per mezzo di essi. Il mondo si manifesta come un "vuoto sempre futuro" perché siamo sempre futuri a noi stessi.<sup>51</sup>

Anche la coscienza, pur nel suo essere sempre cosciente di sé e a se medesima, è ignara delle possibilità di futuro che il corpo può generare con l'azione. Essere-nel-mondo significa allora progettualità del possibile, e non tanto in relazione al libero arbitrio, quanto in virtù di una condizione iniziale e prima per cui il mondo è sempre una tavola di cera vergine e intatta per il soggetto.

La parola '*Lebenswelt*' del lessico husserliano è una chiave di lettura fondamentale per questi ragionamenti: traducibile 'mondo-della-vita', è pensabile come la dimensione trascendentale tramite la quale viene sancito l'essere al mondo dell'uomo in quanto coscienza prima di qualsiasi fenomeno naturale. Per questo Husserl aveva delineato una distinzione chiara tra *Leib* e *Körper*: se il primo è il luogo del vissuto e del mondano che connota appunto la condizione dell'esserci; il secondo ha una valenza più oggettiva e materiale in quanto corpo anatomico e somatico. La temporalità esistenziale è un pendolo continuo tra l'essere un corpo e l'aver un corpo: nella prima situazione infatti riflettiamo come uno specchio la nostra presenza nel mondo, nella seconda sagliamo la vita sensoriale come fonte di ogni significato.

Ebbene, è evidente, alla luce di questi ragionamenti, come l'impatto dell'austerità istituzionale sul corpo dei ricoverati possa ritenersi una clamorosa negazione dell'espressività individuale se non una micidiale espropriazione del proprio esserci. L'unica possibilità espressiva è l'abbandono della propria espressività.

Quando Franco Basaglia, arrivato a Gorizia nel 1961, dà avvio ai primi esperimenti di reparti aperti, non è facile per gli internati ritornare a essere padroni della propria espressività, dopo una disciplina così rigorosa e protratta nel tempo.

All'inizio che abbiamo aperto queste assemblee, anzi io sono stato presidente per un mese e dopo ancora, nessuno apriva la bocca tutta la gente era come intimorita, spaventata. Non aveva coraggio di parlare, io che ero presidente li pregavo: avete qualcosa da dire, parlate, siamo qua per questo, se avete lagnanze ditele; ma nessuno apriva la bocca. Questo perché erano intimoriti dopo essere stati tanti anni chiusi...<sup>52</sup>

S'inaugura così la stagione della "Comunità terapeutica"<sup>53</sup>, di matrice anglosassone e basata sostanzialmente su principi di libertà di comunicazione, analisi di tutto ciò che accade, rifiuto del tradizionale rapporto di autorità e della piramide gerarchica, riunioni frequenti e a tutti i livelli. La

---

<sup>51</sup> Ivi, p.380.

<sup>52</sup> Introduzione documentaria, *L'istituzione negata*, op. cit. , p. 19.

<sup>53</sup> Questa espressione fu utilizzata per la prima volta nel 1946 in un numero speciale del *Bulletin of the Menninger Clinic* dedicato ai progressi della psichiatria britannica postbellica, dove T. F. Main presentò il lavoro degli psichiatri inglesi del gruppo di Northfield parlando appunto di una 'Comunità terapeutica'. In seguito fu Maxwell Jones uno tra gli psichiatri più rappresentativi di questo cambiamento: egli mise in atto queste sperimentazioni nella divisione di riabilitazione industriale di Belmont.

Se l'introduzione della Comunità terapeutica, con le caratteristiche descritte nel testo, fu un elemento sicuramente innovativo e importante nel processo di superamento del manicomio, tuttavia non tardarono a venire a galla le contraddizioni che un'istituzione, per il solo fatto di dirsi tale, contiene. Solo per citarne alcune: anche se latente l'autorità degli operatori non poteva venire meno; i ricoverati reclamavano libertà che andavano ben oltre una riunione e un reparto aperto; la partecipazione non poteva comunque sostituire la progettazione della propria vita. Insomma, nonostante l'esito positivo della sperimentazione, veniva ugualmente confermata la subalternità del paziente rispetto allo staff assistenziale, il che riproponeva il problema del confronto tra la vita dentro e fuori dalle mura asilari.

riunione diventa il perno di un sistema teso alla valorizzazione della presenza singola e del suo peculiare modo di rapportarsi alle questioni. Il pazzo perde il suo connotato di pericolosità e riacquista progressivamente la sua libertà espressiva.

Dal 1968, anno in cui viene votata in Parlamento la legge n. 431, nota come “legge Mariotti”<sup>54</sup>, che introduce il ricovero volontario, hanno inizio importanti cambiamenti. In un decennio lungo e impegnativo, fino al traguardo legislativo del 1978, il rigore psichiatrico e il suo regime istituzionale subiscono una serie di attacchi finalizzati ad abbattere completamente il manicomio e il mandato psichiatrico che lo sostiene. Gorizia prima e Trieste dopo divengono teatri di un riscatto etico senza precedenti. Il muro e le cancellate del manicomio, un tempo erette a divisione netta tra sani e pazzi, vengono fatte a pezzi dal potenziale espressivo dei ricoverati, dalla loro produzione emotiva che è esplicitazione di vita interiore.

Permettere che i matti parlino è la risposta alla sfida culturale dell’ascolto dell’altro, in quanto diverso. È un traguardo etico e teoretico allo stesso tempo.

Il 23 di settembre [del 1974] alle tre del pomeriggio arrivò Gino Paoli. Il teatro, lo splendido teatrino, un cammeo nel complesso di reparti e servizi del magnifico frenocomio, aveva duecentocinquanta posti a sedere. Quel giorno dovemmo fare i conti con più di mille persone che volevano vedere lo spettacolo. [...] Eravamo in tanti entusiasti già prima dello spettacolo. C’era anche Rosina che si fece avanti, prese Paoli per mano, gli chiese attenzione. Voleva dedicargli una canzone di benvenuto e con la sua voce limpida di bambina attaccò il popolare verso di Ruggero Leoncavallo “l’aurora di bianco vestita, già l’uscio dischiude al gran sol”. Rotto il ghiaccio, lo spettacolo è un susseguirsi di emozioni, di battimani, di interruzioni. Come quando Bruna Piccolo, più di dieci anni al reparto Agitate, sempre schiva, arrabbiata, taciturna si porta sotto il palco esponendosi allo sguardo di tutti. Impacciata per aver osato tanto, cerca di smorzare la sua ben nota animosità e di parlare con la massima gentilezza di cui è capace: “Ciò, signor Gino Paoli”, grida perentoria, “la se cavi sti ociai neri che la vardemo intei oci.” (“Si tolga gli occhiali neri che la guardiamo negli occhi.”) Applausi, evviva, grida, fischi. Gino Paoli capisce, si toglie gli occhiali scurissimi, sorride e continua a cantare.<sup>55</sup>

Tutti gli avvenimenti<sup>56</sup> pubblici, culturali e paraculturali che hanno preannunciato la chiusura del manicomio hanno avallato questo medesimo retroscena culturale: dalle gite alle feste, dalle rappresentazioni teatrali alle produzioni artistiche, dalle interviste ai cortei, i matti adesso interagiscono: la loro parola è un primo contatto tra dentro e fuori. Un’osmosi. Un contagio benefico col quale sancire non il superamento della paura dell’altro, ma il superamento della paura che

---

<sup>54</sup> Oltre all’introduzione del ricovero volontario, la legge introduceva anche la possibilità di trasformare il ricovero coatto in volontario, si cominciano ad adottare delle misure organizzative per assimilare l’ospedale psichiatrico all’ospedale civile generale e per dare vita a un sistema di cura e assistenza fuori dalle mura del manicomio.

<sup>55</sup> P. Dell’Acqua, *Non ho l’arma che uccide il leone*, Alpha Beta Verlag, Merano, 2014, pp. 206,207.

<sup>56</sup> Qui si fa espressamente riferimento agli avvenimenti di ordine sociale e culturale che hanno preannunciato l’apertura del manicomio San Giovanni di Trieste con l’unica finalità di creare interazioni tra dentro e fuori.

“I concerti jazz, il teatro di Dario Fo, le rassegne di musica popolare triestina e italiana, l’incontro con i gruppi musicali avevano permesso di stabilire un’osmosi tra il “dentro” e il “fuori”. I concerti di San Giovanni avevano dato la possibilità a tantissima gente di conoscere dall’interno la realtà del manicomio, di attraversarne gli stereotipi culturali e ai pazienti di entrare in contatto immediato e ospitale con il mondo di fuori. I manifesti, i volantini, i giornali prodotti in ospedale testimoniavano in quel periodo l’urgenza, l’esigenza di apertura e di comunicazione di questo spazio sequestrato. Il teatro e il parco dell’ospedale psichiatrico recuperati dalla città svelarono le carenze organizzative e politiche dei circoli giovanili e aprirono un serrato confronto sulla questione delle politiche sociali, della stagnazione culturale della città, degli spazi e delle risorse. Il mondo di fuori che entrava senza più filtri e barriere e così profondamente dentro stava determinando un cambiamento radicale, e ormai incontrollabile, della scena.” (P. Dell’Acqua, *Non ho l’arma che uccide il leone*, op. cit., p.215.)

quell'altro possiamo in qualche modo essere noi, che quell'altro minacci l'integrità del nostro io, l'irreprensibilità della nostra identità.

Nel 1968 Sergio Zavoli arriva al manicomio di Gorizia con una telecamera. Le immagini che riprende saranno trasmesse per la prima volta il 3 gennaio del 1969 su Rai 1 nel documentario *I giardini di Abele*.

Gorizia. È per l'ospedale psichiatrico che sono qui. Per il manicomio insomma. I malati di mente li troviamo sempre in fondo a un viale di periferia. Forse perché la loro immagine non turbi la nostra esistenza. A Gorizia sono al limite estremo della città. Un muro di cinta dell'ospedale segna un tratto di confine tra lo stato italiano e quello jugoslavo. Ho chiesto di conoscere questo problematico manicomio, della cui storia recente si occupano uomini di scienza e cultura in ogni parte del mondo e che da noi rischia di essere conosciuto solo attraverso un fatto di cronaca.

Zavoli non si è recato a Gorizia per documentare la malattia mentale, ma la società che non dialoga con la malattia mentale, con quei "fratelli scomodi" che abitano giardini "di una bellezza anacronistica" alle periferie delle città. Le riprese di Zavoli sono un appello a Caino, ai vizi della sua coscienza, alle debolezze della sua morale.

Di seguito Zavoli interroga una ricoverata, Carla, sulla vita in manicomio e sul confronto col mondo di fuori.

Z: Che cosa significa 'ospedale chiuso'?

C: Chiuso? Carcere.

Z: Lei ha conosciuto ospedali chiusi?

C: Sì.

Z: E che esperienze ha fatto?

C: Mi hanno legato, mi hanno picchiato, mi volevano fare gli elettroshock ed io avevo una terribile paura. Però quando sono guarita il conto della vita si è fatto premura presso mia madre di farmi uscire. Perché avevo avuto una disillusione amorosa, ecco il perché ero qui in quegli anni.

Z: Poi un certo giorno quest'ospedale è stato aperto. Che cosa è cambiato?

C: Tutto.

Z: Mi faccia qualche esempio.

C: Per esempio vede la vita di oggi, è la vita di tutti i giorni.

Z: Lei crede che la gente di fuori preferisca sapervi in un ospedale chiuso o aperto?

C: Guardi, della gente di fuori me ne frego altamente. A me m'interessa di sapere il mio avvenire, il mio prossimo. Se lei crede di voler sapere qualche cosa di più, guardi lì c'è il sole. Io sono sola, vuole che le canti una canzone? Oh sole mio, Oh mamma. Vuole che lo faccia piangere? Sa cosa vuol dire trovarsi soli nella vita? Canti, canti, se ha coraggio.

Z: Adesso in quest'ospedale di tanto in tanto si canta, vero?

C: Sì, si canta, si balla, si fanno delle feste.

Z: E voi vi sentite più uomini mi dicevano?

C: Ma certamente, ci sentiamo ognuno nel nostro essere.

Z: E come viene accettata dalla gente fuori?

C: Bene, perché mi conoscono. Sono pure di Gorizia, non sono mica un mostro sa!

Z: Signora Carla perché la gente ha paura di voi?

C: Non lo so, perché è più scema di noi. È più indietro. È più pazza di noi se hanno paura di noi, di noi, ma cosa facciamo noi Signor Zavoli? L'ho mai presa per il collo io a lei? Le ho chiesto gentilmente una sigaretta, se mi porta al bar le chiederò anche un caffè, perché fino a domani non ricevo il mio stipendio di mille e trecento lire per settimana.

Z: Ah perché riceve uno stipendio lei qui?

C: Sì, signore. Tutti riceviamo gli stipendi.

Z: E per quali servizi?

C: Per fare la segretaria.

“*Ci sentiamo ognuno nel nostro essere*” è la frase sulla quale intendiamo soffermarci. La signora Carla sta in pratica rivendicando un suo peculiare modo di vivere e interagire (“*non sono mica un mostro sa!*”; “*l’ho mai presa per il collo io a lei?*”; “*se mi porta al bar le chiederò anche un caffè*”) nell’orizzonte della sua espressività linguistica.

Dare al soggetto lo statuto di essere unico e irripetibile è la sfida che le scienze umane dovrebbero costantemente raccogliere, e non come convenzionale presupposto nell’analisi dell’assetto sociale, ma in virtù di una bruciante consapevolezza tutta pirandelliana dell’esistenza. Dall’esclusività eccezionale con cui ciascuno sta al mondo ed esperisce le cose in un certo modo discende infatti la problematicità del parlare e dell’ascoltare, nell’auspicio di comprendersi. “*Abbiamo tutti dentro un mondo di cose, ciascuno un suo mondo di cose. E come possiamo intenderci, signore, se nelle parole ch’io dico metto il senso e il valore delle cose come sono dentro di me, mentre chi le ascolta inevitabilmente le assume col senso e col valore che hanno nel mondo ch’egli ha dentro?*” (L. Pirandello, *Sei personaggi in cerca d’autore*.) Non solo il mondo è la condizione di possibilità del linguaggio di ciascuno, ma il linguaggio stesso altro non è che un tentativo, un ancora in mare, un ponte tra due terre sconfinite. È questo il punto d’incontro fra i tre massimi orientamenti filosofici del ‘900: fenomenologia, ermeneutica e filosofia analitica. La debolezza della parola diviene emblema della debolezza costitutiva dell’uomo. Il linguaggio, nella sua natura simbolica, è un limite tipicamente umano.

Alla concezione di segno come “*aliquid stat pro aliquo*” (qualcosa che sta per qualcos’altro) di matrice agostiniana, Charles Sanders Peirce aggiunge che il segno può significare qualcosa solo di fronte a una capacità interpretante (che può essere una porzione di materiale mentale, un’idea o un pensiero). Ciò che insomma Peirce sancisce ed è interessante sottolineare in questa sede è l’orizzonte ermeneutico del nostro modo di decifrare i segni che il linguaggio ci offre. Come dire: la lingua non è mai a senso unico, ma sempre indissolubilmente legata alle aperture dell’esserci. Scrive Heidegger:

Il fondamento del linguaggio è il discorso. Il discorso è esistenzialmente cooriginario alla situazione emotiva e alla comprensione. La comprensibilità, anche prima dell’interpretazione appropriante, è già sempre articolata. Il discorso è l’articolazione della comprensibilità. [...] Il discorso è l’articolazione in significati della comprensibilità emotivamente situata dell’essere-nel-mondo.<sup>57</sup>

In queste righe di *Essere e tempo* troviamo l’esplicitazione di almeno tre nodi fondamentali della questione: che il discorso non può essere svincolato dall’esistenza in quanto terreno di emozione; che la comprensione, malgrado la possibilità dell’appropriatezza, è tuttavia a priori ampia e articolata; che il linguaggio della persona è il materiale sul quale ripercorrere i vissuti del proprio essere-nel-mondo, (al posto che essere, nel caso del folle, un delirio oggetto di diagnosi medica.)

La domanda che allora intendiamo porre è: com’è più opportuno leggere questo cambiamento di prospettiva? Come una valorizzazione tutta nuova del linguaggio del folle? Come un ridimensionamento del linguaggio del sano? Oppure come un livellamento tra i loro linguaggi? Tra le tre ipotesi, l’intenzione sarebbe quella di propendere per l’ultima, giacché scrive Lacan: “*Il linguaggio opera interamente nell’ambiguità, e la maggior parte del tempo non sapete assolutamente nulla di ciò che dite.*”<sup>58</sup> Per commentare questa citazione, occorre partire dal presupposto che per

<sup>57</sup> M. Heidegger, *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 2008, p.198.

<sup>58</sup> J. Lacan, *Il seminario, Le psicosi*, Libro III, Einaudi, Torino, 1985, p.136.

Lacan l'inconscio è strutturato come un linguaggio, per cui la parola non funziona secondo la logica della vita cosciente, ma ha sempre una significanza simbolica, che rimanda a qualcos'altro di più profondo e non detto, affidato alle mani dell'altro. *“Per potersi orientare a proposito del funzionamento del soggetto, questo Altro va definito come il luogo della parola.”*<sup>59</sup> La parola è il mezzo tramite cui l'essere-al-mondo si compie non tanto con l'altro, ma per l'altro. Non siamo tanto noi i depositari dei significati delle nostre parole quanto il destinatario delle stesse. Egli è il vero padrone del nostro linguaggio.

Se allora proviamo ad applicare questi ragionamenti alla differenziazione tra la parola dei matti e la parola dei sani, giungiamo irrimediabilmente a due conclusioni. Innanzi tutto nella condizione in cui è sempre l'altro il padrone della nostra parola, i sani sono certamente il bersaglio delle parole dei folli (basti pensare all'atteggiamento del medico che annota sulla cartella clinica il delirio del suo assistito), ma, cosa molto più importante, i folli sono i proprietari delle parole dei sani, il che richiama fortemente il punto di vista che la signora Carla riferisce a Zavoli a proposito del modo di sentire della gente di fuori.

Z: Signora Carla perché la gente ha paura di voi?

C: Non lo so, perché è più scema di noi. È più indietro. È più pazza di noi se hanno paura di noi, di noi, ma cosa facciamo noi Signor Zavoli? L'ho mai presa per il collo io a lei? Le ho chiesto gentilmente una sigaretta, se mi porta al bar le chiederò anche un caffè, perché fino a domani non ricevo il mio stipendio di mille e trecento lire per settimana.

Tornare a far parlare i folli non ha voluto dimostrare che i loro eloquei non erano deliranti, ma semmai ha voluto mettere in luce che lo erano tanto quanto quelli dei sani, che la loro parola era tanto fragile e vulnerabile quanto quella delle persone fuori. Quel che conta allora è che la parola sia tornata a essere strumento della loro espressività e del loro stare al mondo come significante e verbo primordiale, poiché nel significato, nel senso saussuriano del termine, matti e sani indistintamente tutti inciampano, tutti s'ingannano.

Per Ferdinand de Saussure il segno linguistico è la combinazione di due componenti indissolubili, il significante e il significato. Il primo, ovvero la parte sensoriale del segno, è sostanzialmente un dato acustico; il secondo è il concetto mentalmente associato a quella sensorialità. In quest'ordine d'idee risulta chiara la convenzionalità con cui a un determinato significante abbiniamo un preciso significato: ebbene la follia rimescola le carte e fa sì che questa convenzionalità salti e si ridefinisca ogni volta da capo. Come nell'uso simbolico delle parole in poesia. *“Perché trovarsi davanti ad un pazzo sapete che significa? Trovarsi davanti a uno che vi scrolla dalle fondamenta tutto quanto avete costruito in voi, attorno a voi, la logica, la logica di tutte le vostre costruzioni!”* (L. Pirandello, *Enrico IV*.)

Come seconda conclusione non possiamo fare a meno di notare che la separazione netta tra dentro e fuori, tipica del clima preriforma, coincide, ai fini del nostro studio, con un'incomunicabilità tra le parti, che è stagnante rifiuto di ascolto dell'altro. Come se la loro non fosse una porzione di voce della collettività, una fetta del discorso collettivo e dell'identità comunitaria. Il linguaggio è un collante sociale: primitivo, storico, epico e mitologico, proprio perché la sua valenza originaria è imprescindibilmente simbolica. Scrive Valéry: *“Mito è il nome di tutto ciò esiste e sussiste avendo soltanto la parola per causa”*<sup>60</sup>. Il mito è la legge dell'inizio perché risponde, tramite la parola,

<sup>59</sup> J. Lacan, *Il mio insegnamento e io parlo ai muri*, op. cit., p. 38.

<sup>60</sup> P. Valéry, *All'inizio era la favola*, Guerini, Milano, 1988, p. 9.

all'irrinunciabile volontà interpretativa dell'uomo. Esistono due vocaboli in greco per indicare il termine 'parola'. *Logos* che ha più a che fare con la parola ordinata, la parola della scienza e del ragionamento logico; *mythos* che attiene più alla poesia e alla favola. Mentre *logos* è divenuto il termine dell'esperienza linguistica ponderata e razionale; *mythos* ha preso ad essere l'espressione dell'immaginazione primordiale che compone racconti e crea legami che sfuggono alla logica, qualcosa che fa pensare al linguaggio dei bambini, dei poeti o appunto dei matti.

Si tiene a precisare che non si tratta di compiere qui un elogio della follia o un encomio della sua esplicitazione linguistica, letteraria e artistica: al contrario l'obiettivo è mettere a fuoco in che termini si è consumata questa legittimazione e che ripercussioni ha oggi nella pratica.

Da qualche tempo, da quando le persone hanno preso coscienza dei loro diritti e della possibilità dei loro traguardi, l'incontro e il confronto hanno sostituito lo scorrere passivo e solitario della malattia. I soggetti, le associazioni e i familiari realizzano momenti e spazi di racconto e condivisione tramite i quali azzerare il rischio dell'isolamento. Creare occasioni in cui mettere sul tavolo le esperienze, narrare la parabola della propria sofferenza, delineare gli snodi fondamentali e i passaggi cruciali della stessa sono spesso operazioni che richiedono di usare la parola come strumento di autopercezione, autocritica e riscatto di sé. Raccontare è raccontarsi, prendere consapevolezza della propria storia, ridefinirsi di continuo e acquistare identità sempre nuove. Il dialogo ha messo la singola persona nella condizione di sentirsi parte effettiva di una socialità nella quale sapere di poter costruire e decostruire continuamente il proprio equilibrio, nella quale sentire di poter essere fragile e vulnerabile quanto tutti gli altri.

A Trieste, nel parco culturale di San Giovanni, ogni anno da cinque edizioni si svolge *Impazzire si può*, un convegno a più giornate durante il quale i singoli e i gruppi mettono a nudo i temi più caldi della salute mentale attraverso il dibattito e lo spettacolo: entrano in scena le potenzialità, i percorsi di cura e le possibilità di ripresa.

Da un po' di tempo le persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale hanno cominciato ad associarsi, a riconoscersi e a parlare. Non più con un filo di voce né con urla di disperazione e dolore, ma con parole esperte che pretendono di essere ascoltate. Le persone sono finalmente consapevoli dei loro diritti e pretendono cure e trattamenti appropriati.<sup>61</sup>

Le conoscenze, i vissuti e i saperi acquisiti vengono messi a disposizione per trovare similitudini nelle storie e suggerimenti appropriati.<sup>62</sup> La parola diventa supporto e sostegno. Questo aspetto della "parola condivisa" pare abbia raccolto la sfida della territorialità che la riforma lanciava, non senza iniziali timidezze e una certa diffidenza. Come dire: davvero si può tornare a parlare? Nessuno è più pazzo? O come scrive la Merini riflettendo nella sua poesia sul cambiamento avvenuto: (...) *ma la cosa più inaudita, credi, è stato quando abbiamo scoperto che non eravamo mai stati malati.*<sup>63</sup> Forse tornare a sentire la voce dei matti è stato essenzialmente questo: supporre che matti non lo siano mai stati, e non nel senso letterale della cosa, ma in relazione a uno sguardo ironico e disincantato verso un sistema sociale e politico così abile e scaltro nel decidere chi debba stare nel diritto e chi invece no.

---

<sup>61</sup> P. Dell'Acqua, Prefazione alla terza edizione, in *Fuori come va?*, Feltrinelli, Milano, 2010, p.12.

<sup>62</sup> Per questo da un po' di tempo si parla anche di '*Peer Support*', (Supporto alla Pari) per affiancare, orientare e informare: il fine è quello di creare ponti tra soggetti a partire dalle loro esperienze. La parola diventa conforto, supporto e sostegno.

<sup>63</sup> <http://www.news-forumsalutementale.it/merini>

Per concludere questo primo paragrafo non possiamo che tornare a *I giardini di Abele*. Questa volta il protagonista è Pietro, un interlocutore lucidissimo nell'esplicitare a Zavoli il modo di comunicare della gente di fuori, l'oggetto dei loro discorsi e il nodo miseria/follia di cui ci occuperemo più approfonditamente nei prossimi capitoli.

P: L'ospedale psichiatrico per me è una cosa che non ha senso, appunto per il motivo che forse non sono malato.

Z: Come le è venuto questo dubbio?

P: Io ho avuto un'infanzia molto sana, ma ho avuto dei problemi particolari che mi hanno ridotto alla malattia, ma sta di fatto che io sia talmente sano che non ho questi problemi, si tratta solo di suggestione dell'ospedale.

Z: Quando ha cominciato a pensare di non essere malato o di poter non essere malato?

P: Beh subito.

Z: Già nei vecchi ospedali?

P: Sì.

Z: E secondo lei avrebbe potuto guarire in quegli ospedali?

P: No.

Z: E quando ha giudicato la sua malattia, qui, nell'ospedale aperto, in che rapporto si è messo col suo male?

P: Beh direi così, dato che io sono libero, ho pensato che qualcuno ha della fiducia verso di me e quando verso un individuo si ha della fiducia, non si può dire che sia pazzo.

(...)

Z: Com'è stato accolto dalla gente fuori?

P: Beh dalla gente fuori è facile essere accolti, basta avere del denaro, no?!

Z: Che cosa farà per farsi capire, per farsi voler bene, per reintegrarsi?

P: Beh per farsi voler bene non c'è nessun metodo.

Z: E per farsi capire?

P: Per farsi capire bisogna parlare delle cose del lavoro.

(...)

Z: Ma se riavrà i diritti civili?

P: Sarò un uomo come tutti. Ma prima di tutto i soldi. Diritti civili e soldi. Tocca formarci un avvenire.

Z: Fuori cosa conta di più?

P: Il denaro. Se uno è stato in un ospedale psichiatrico ed è ricco, ha facili rapporti tra gli individui. Anche un malato ha facili rapporti tra gli individui quando lavora. Quando si fa vedere che lavora e che guadagna soldi allora viene considerato dalla società. La società dice a me di essere un uomo e di produrre. Nell'osteria tutti sono uomini ed essendo uomini capiscono tutto della vita e perciò negano tutto fuorchè il guadagno, perché è il guadagno che dà da vivere. E allora se io sono malato, ma comincio a farmi uomo anche io, tutti mi capiscono e diventano amici. Sì, se parlo di film, di sole, di poesie, eccetera eccetera, nessuno mi sta ad ascoltare, no?! Mentre se parlo di cose serie, di soldi, tutti mi ascoltano.

## 1.2 Un sé sempre nuovo

Nel 1985 viene pubblicato *Recovery from Schizophrenia*<sup>64</sup> di Richard Warner, testo che inaugura un vero e proprio cambio di rotta in quella che è la tradizionale concezione di cronicità legata alla malattia mentale<sup>65</sup>. Secondo il celebre paradigma kraepeliniano la schizofrenia (che Kraepelin

---

<sup>64</sup> Pubblicato in Italia da Feltrinelli nel 1991 col titolo *Schizofrenia e guarigione. Psichiatria ed economia politica*.

<sup>65</sup> Negli stessi anni inoltre vedono la luce le ricerche di altri studiosi come Harding, Ciompi, Strauss e Carpenter, che, interrogandosi sul tema della cronicità, non possono fare a meno di considerare l'implicazione di fattori di ordine ambientale e storico rispetto a una sua possibile interpretazione come artefatto sociale. Nella fattispecie, secondo questo filone di pensiero, ci sarebbero delle condizioni eminenti ed imprescindibili in cui trova realizzazione questa ipotesi: la vita prolungata in istituzioni o servizi contraddistinti da evidente routine e monotonia; le aspettative della famiglia o

descrive con il concetto di *'dementia praecox'*<sup>66</sup> già presente in psichiatria) aveva un destino degenerativo già scritto, un deterioramento inesorabile. L'inguaribilità ascritta a questo tipo di visione riceveva il colpo di grazia da un assetto legislativo e istituzionale che, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, isolava il malato dal contesto, relegandolo alla sua malattia, in tutela della salute pubblica. Scrive Robert Castel: *"I manicomi, questi pesanti edifici eretti al limitare delle città, dominano dunque anche un paesaggio morale."*<sup>67</sup>

Quando poi, a partire dalla metà del secolo scorso, si è assistito a una critica dirompente e incalzante del modello asilare, hanno iniziato via via a vacillare anche i tradizionali presupposti epistemologici legati alla malattia: smontare l'istituzione ha significato innanzi tutto disintegrare i pregiudizi di fuori. Il cuore del problema cambia: non più chi è oggetto d'internamento, ma chi è soggetto di possibilità. Lo smantellamento del paradigma istituzionale<sup>68</sup> ha posto i soggetti nella condizione di rivendicare percorsi di cura tanto peculiari e soggettivi da mandare per sempre in crisi il precedente modello di assistenza basato su una disciplina totale dei corpi. È in questi interstizi di senso che si colloca il complesso fenomeno della *'recovery'*.

Partiamo dal termine: occorre soffermarci con dovuta analisi sulla sua resa. Non è affatto corretta la traduzione semplicistica e approssimativa di *'guarigione'*, alla stregua di un dualismo clinico malato/guarito. Lo stesso verbo inglese *to recover* non si traduce con *'guarire'*, ma ha più a che fare col *'riaversi'*, *'riprendersi'*, *'recuperarsi'*. I più recenti studi sul tema concordano nell'assegnare a questo vocabolo un'area semantica ampissima, che spazia dalla consapevolezza di sé all'*'empowerment'*, dalla ridefinizione di sé ai percorsi di ripresa attraverso il supporto dei servizi, dalle risorse personali alle possibilità d'inclusione sociale che la cittadinanza deve offrire.

Come suggerisce il *The Oxford English Dictionary* (second edition, 1989)<sup>69</sup> la ricchezza di significati sottesa al termine *'recovery'* è tale da non permettere né una traduzione davvero appropriata

---

l'ostilità di una o più figure familiari; un contesto di vita stagnante e povero di stimoli; l'impossibilità di avviare una personale progettualità; una diminuzione della stima di sé e delle proprie possibilità.

<sup>66</sup> Con l'espressione *'demenza precoce'* Kraepelin intendeva riferirsi a una serie di processi che in modo rapido e appunto precoce evolvono verso l'alterazione delle facoltà mentali, in concomitanza di una struttura sintomatica pressoché fissa (ottundimento emotivo, disturbo della volontà, allucinazioni visive, uditive e tattili, attenzione distraibile o del tutto spenta, confusione verbale e perdita completa di coerenza), malgrado il soggettivo e variabile manifestarsi della malattia. A fronte di un deterioramento così implacabile e irreversibile, Kraepelin nega inoltre qualsiasi possibilità di comprensibilità delle esternazioni e dei sintomi della persona, nell'ottica di una perdita progressiva della sua logica e della sua coerenza.

Il termine *'schizofrenia'* viene coniato da Bleuler nel 1911 nell'opera *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. La ragione di questo cambiamento terminologico ha a che fare, come spiegato dallo psichiatra svizzero, con un equivoco di fondamentale importanza: non sempre le forme di *dementia praecox* kraepeliane vanno incontro a quell'indebolimento mentale immanicabile e soprattutto solo raramente emergono i caratteri tipici di una demenza di origine organica. Per questi motivi Bleuler impiega il neologismo *'schizofrenia'* (dal greco *schizein*, scindere e *phren*, mente) per mettere l'accento sulla scissione della vita psichica piuttosto che sulla perdita delle funzioni cognitive di base. La scissione è contraddistinta da un evidente conflitto con la realtà, che è evitata o falsificata in base al grado di ambivalenza che la persona intesse a livello intrapsichico.

<sup>67</sup> R. Castel, *L'ordine psichiatrico*, op. cit., p.180.

<sup>68</sup> Da Goffman a Foucault, da Basaglia a Castel, attraverso la ricostruzione storica, sociologica e filosofica, ha preso avvio un processo di analisi critica dell'internamento manicomiale e delle condizioni politiche che lo legittimavano. Sicché le loro ricerche hanno rappresentato il terreno fertile sul quale mettere in atto la negazione pratica e concreta di un paradigma completamente scevro di presupposti assistenziali e di presa in cura.

<sup>69</sup> Cfr. I. Marin, S. Bon, *Guarire si può*, Alpha Beta Verlag, Merano, 2012, p.45.

dall'inglese, né l'impiego di un suo sinonimo, come ad esempio la parola 'remissione', vale a dire uno stato di totale assenza di malattia in un contesto di cronicità. Il fenomeno è piuttosto quello di un cammino che le persone compiono con i caratteri della variabilità e della transitorietà: *"Il percorso che ci aspetta è simile all'andatura del gambero, che procede di qualche passo, per poi anche retrocedere, ma alla fine, guardando il risultato finale, arriva la constatazione che un cammino in avanti c'è stato: un progresso, magari piccolo o banale, lo possiamo mettere al nostro attivo."*<sup>70</sup>

Quel che fa la differenza nella recovery è un dettaglio, un lieve passo in avanti che va però a infoltire il programma dell'accettazione di sé, per cui la malattia non è più l'opposto della vita ma una parte integrante. L'idea è quella di un compromesso attivo con se stessi e con i propri limiti. Si mette l'accento sul ruolo della persona nell'interagire con la sua malattia, anziché sull'esserne vittima. La posta in gioco è l'autopercezione della propria identità in divenire, del proprio Dasein e della propria progettualità, come radici di qualsiasi presa in cura.

Non va dimenticato che questo nuovo clima entro cui viene riconcettualizzata la malattia e il suo decorso risente fortemente di quegli studi e di quelle analisi che dalla filosofia esistenzialista e dalla fenomenologia sono arrivati fino ai giorni nostri, conferendo uno spessore filosofico non indifferente alla letteratura della psicopatologia contemporanea. I nomi di Karl Jaspers, Ludwig Binswanger ed Eugène Minkowski sono legati alla fondazione della psicopatologia fenomenologico-esistenziale, seppure con approcci ed esiti diversi. Ad esempio, sia Jaspers che Binswanger attingono al pensiero husserliano, ma mentre il primo è più influenzato dalle *Ricerche logiche* (1900-1901), il secondo manifesta un interesse maggiore per il primo volume delle *Idee* (1913). Vediamo nel dettaglio.

Nel 1913 esce *Psicopatologia della vita quotidiana*, dove Jaspers fa esplicito riferimento all'importanza di ricorrere al metodo fenomenologico *"per rendere presenti ed evidenti di per sé gli stati d'animo che i malati realmente vivono"*<sup>71</sup>, in modo da avere rappresentazione del mondo che vive il malato, lasciandosi alle spalle tutte le teorie elaborate finora. Malgrado questo assunto di fondo, Jaspers sostiene però l'impossibilità di comprendere la vita psichica schizofrenica, in quanto espressione di alienazione completa della mente. La psiche psicotica può essere solo capita dall'esterno, non compresa<sup>72</sup> dall'interno.

Su tutt'altra scia si muove Binswanger, quando nel saggio *Sulla fenomenologia* del 1923, assegna al metodo fenomenologico il compito di cogliere l'essenza della personalità dell'altro attraverso il racconto dei suoi vissuti. Addirittura per Binswanger la conoscenza è fenomenologica quando riesce a individuare nella persona l'essenzialità dei suoi fenomeni psichici e dei loro significati. C'è poi un'evoluzione nel pensiero di Binswanger, quando incontra la filosofia di Heidegger. Da *Essere e tempo* ricava le categorie fondamentali di una ricerca scientifica che chiamerà 'Antropoanalisi' (*Daseinanalyse*) volta a indagare *"l'essenza dell'essere uomo"*<sup>73</sup>. L'ambizione dell'antropoanalisi è quella di realizzare una conoscenza radicale della malattia mentale, a partire da quelle articolazioni esistenziali che illustrano come l'uomo è nel mondo. Attraverso Heidegger Binswanger capisce che a ogni esistenza corrisponde "un progetto di mondo" peculiare e unico. Per cui, per quanto complesso, anche lo psicotico ne ha uno che non deve intendersi come inaccessibile e incomprensibile, ma

---

<sup>70</sup> Ivi, p. 28.

<sup>71</sup> Cit. in A. Civita, *Psicopatologia*, Carocci, Roma, 2007, p. 117.

<sup>72</sup> È utile a questo proposito soffermarsi sulla differenza tra 'spiegare' e 'comprendere' che Jaspers recupera da Dilthey e fa sua. La spiegazione è un processo che muove e porta conoscenza dall'esterno; la comprensione è invece una conoscenza dall'interno, che attinge quasi alla genetica dei fenomeni psichici, nella misura in cui risponde delle loro interconnessioni e intuizioni.

<sup>73</sup> *Psicopatologia*, op. cit., p. 121.

piuttosto calato nella sua follia, che è una possibilità assolutamente umana. Anche il mondo psicotico detiene una sua logica interna, un principio organizzatore che può dar conto dei deliri e delle allucinazioni che la persona esperisce: il compito dell'antropoanalisi è quello di afferrare questa logica per essere quanto più vicini possibile alle esperienze della persona.

Eugène Minkowski infine ha consegnato alla psicopatologia fenomenologico-esistenziale un contributo importante sulla temporalità, desunto dalla differenziazione bergsoniana tra tempo obiettivo e durata reale<sup>74</sup>. Secondo Minkowski, il malato mentale ha delle difficoltà nel cogliere la temporalità in divenire della sua vita psichica: al contrario si immobilizza su determinati dettagli che dilatano e amplificano il suo tempo interiore. È per questa ragione che secondo Minkowski la causa della patologia deve essere ricercata nel modo in cui il soggetto vive lo scorrere del suo tempo.

Le pratiche di presa in cura psichiatrica non rimasero indifferenti a questi livelli di analisi filosofica, in relazione ai quali l'approccio con la persona "cronicamente" malata si è trasformato nell'approccio con una persona che ricerca il suo particolare modo di essere nel mondo, attraverso una sua logica, una sua temporalità e progettualità. A questo obiettivo risponde la recovery e a questo obiettivo sono stati chiamati anche i servizi.

In un'intervista riferita all'edizione 2014 di *Impazzire si può*, Roberto Mezzina chiarisce meglio quanto intendiamo dire:

Quando parliamo di 'recovery' ci riferiamo a un'esperienza assolutamente soggettiva di cui oggi le persone vogliono parlare. Non solo le persone, ma anche i servizi devono sviluppare un linguaggio diverso, fondato sulla fiducia e l'incoraggiamento delle potenzialità che ogni individuo ha di poter riprendere in mano la sua vita. Bisogna offrire non solo supporto medico-psichiatrico ed eventualmente farmacologico, ma soprattutto aiuti materiali, mezzi e strumenti, luoghi e occasioni di aggregazione e di socializzazione, per favorire un'interconnessione tra strutture e operatori e creare le condizioni affinché i soggetti possano ritrovare la propria strada, in continuità con il loro percorso esistenziale.<sup>75</sup>

La scommessa è la ricostruzione della propria identità attraverso un percorso attivo e dinamico, la ricollocazione del soggetto in un orizzonte esistenziale che possa dare senso ai suoi vissuti, l'individuazione dell'origine delle sue debolezze.

Così, se l'attraversamento di una malattia mentale può essere inteso come una forma d'incomprensione dell'io verso se stesso e dell'io verso il mondo, i percorsi di ripresa invece hanno a che fare con il bisogno di ritrovare una propria collocazione, un proprio ordine di significati, in cui calare le esperienze e i vissuti. E se la malattia mentale riguarda la problematicità dell'esserci e i rapporti che ogni individuo intesse con la verità, tentare di star bene significa cercare risposte e motivazioni sensate, come se la follia rivendicasse quella ragionevolezza di cui certe volte l'esistenza si svuota. È insomma l'occasione mediante cui elaborare un nuovo e peculiare equilibrio. Star bene

---

<sup>74</sup> Il tema del tempo è al centro della riflessione filosofica di Henri Bergson. Nello specifico, secondo il filosofo francese, l'idea di tempo scientificamente intesa come quantità calcolabile, omogenea e reversibile nella dimensione dell'esperimento e della teoria, non rende abbastanza conto dell'intervallo di tempo. Quel che manca al tempo della scienza, in quanto tempo obiettivo, è per Bergson la percezione del tempo che ogni coscienza sperimenta: la coscienza ha percezione della durata reale del tempo, proprio in quanto non misurabile; la coscienza non può e non sa dividere il tempo, ma lo vive piuttosto come un flusso continuo, eterogeneo e non quantificabile. Il flusso di coscienza non è che una prova. È solo la scienza, che per dare un apparente senso di obiettività, conferisce al tempo quelle caratteristiche tipiche della sperimentazione, in cui possa ritrovarsi il senso comune, ma non l'essenza propria e veritativa della temporalità.

<sup>75</sup> S. D'Autilia, A. Muni, *La dimensione politica della guarigione: il diritto a star bene. Intervista a Roberto Mezzina sul convegno Impazzire si può* <http://www.chartasporca.it/la-dimensione-politica-della-guarigione-il-diritto-a-star-bene/>

ha a che fare con il possesso di certezze e punti di riferimento; star meno bene invece è un inciampare continuo sulle insicurezze che ci attraversano.

Mi rendo conto di cercare un equilibrio, adesso vivo un equilibrio, però so cosa vuol dire il malessere. In qualche modo lo tengo sotto controllo. Ho imparato cos'è il dolore, perché era veramente molto doloroso. [...] Mi sento fortunata per aver conosciuto il dolore della malattia mentale, è stato un arricchimento e ora mi sento fortificata. Sono più capace di capire, di sapere cosa mi fa bene, ed è ciò che alimento. Prima non ne ero così consapevole.<sup>76</sup>

E ancora:

La fase di difficoltà, di crisi, va vissuta e interiorizzata, perché può costituire addirittura una risorsa, può diventare una forza interiore, la consapevolezza di aver vissuto un'esperienza, di averla conosciuta e di averla infine superata, di esserne usciti con più anticorpi.<sup>77</sup>

Per questo i veri autori nella letteratura sulla recovery sono le persone stesse, con i loro vissuti, le debolezze incontrate e le conoscenze raggiunte. È un genere di scritti completamente nuovo, dove la parola diviene rivendicazione di soggettività, acquisendo il significato di uno spartiacque tra la sofferenza e il mondo. Ricorrere alla parola significa raggiungere gli altri lasciandosi un po' alle spalle se stessi o forse raggiungere se stessi partendo dal pretesto di raccontare agli altri. Comunque si voglia intendere la cosa, il dato di fatto è la rielaborazione dell'esperienza ai fini di una ridefinizione di sé che risenta inevitabilmente delle nuove consapevolezze conseguite. La rielaborazione è continua perché continua è nel corso della vita la compenetrazione di salute e malattia.

Sono mutati il valore e l'esito dell'assistenza da quando, in seno alla riproduzione scontata delle pratiche psichiatriche, si è posto un presupposto filosofico imprescindibile: la coscienza che ogni esistenza è patologica nella misura in cui non può evitare i contraccolpi che l'essere nel mondo gli procura. Un *pathos* ineluttabile, costitutivo al suo stesso esserci, per cui non è più possibile pensare a una dicotomia netta e drastica tra malato e guarito (o tra malato e sano), ma è piuttosto utile considerare un compromesso continuo tra le proprie fragilità e i propri punti di forza.

Probabilmente una definizione di guarigione non esiste, nella misura in cui in nessun area medica come in salute mentale il concetto di 'salute' non è che un fare i conti con se stessi, poter stare bene a condizione di accettare le proprie debolezze. Come in un paradosso: prendendo atto delle fragilità che ci abitano, diveniamo soggetti di valore.

### 1.3 Una cultura consapevole

Ernesto De Martino sosteneva che la cultura non serve a nulla se non al desiderio del soggetto di viverci come parte di una totalità storica, in cui avvertire il fondamentale dramma della sua presenza. *Ma ecco che anche io sono ricompreso in questa vicenda di storia vivente, anche io sono diventato un protagonista del dramma.*<sup>78</sup> La percezione di essere parte di un intero è la condizione in cui l'uomo fa esperienza della sua presenza nel mondo. Si capisce da questo assunto che De Martino elabora un

---

<sup>76</sup> *Un equilibrio sopra la follia*, in *Guarire si può*, op. cit., p.40.

<sup>77</sup> *Sul fatto che la parola 'guarigione' esiste vorrei non ci fossero dubbi*, in *Guarire si può*, op. cit., p.27.

<sup>78</sup> Cit. in R. Beneduce, *Ernesto De Martino. Un'etnopsichiatria della crisi e del riscatto*, aut aut, 366, ilSaggiatore, Milano, 2015, p.7.

concetto di 'esserci' assai più precario e vulnerabile rispetto alla datità assolutamente concreta e ovvia che gli attribuiva Heidegger. Per De Martino il Da-sein non è un orizzonte intrascendibile per il solo fatto di trovarsi in questo mondo, ma una condizione che può andare e venire, che si può perdere e si può riconquistare: il *Da* è in questi termini l'unità di misura della partecipazione del singolo alla storia e della condivisione del sapere.

In relazione a questi presupposti, il presente paragrafo prenderà in esame l'importanza di una cultura consapevole contro le amnesie storiche e genealogiche che sfociano nella dissoluzione della coscienza comunitaria e della progettualità sociale.

Quello che è accaduto in Italia con la riforma della salute mentale ha imposto non solo, o meglio non tanto la chiusura dei manicomi, quanto un interrogativo fondamentale per il corpo sociale: "volete sapere?" Le porte del manicomio si sono aperte per rispondere affermativamente a questa domanda. È il 1967 quando, come abbiamo già visto, le telecamere della Rai riprendono le immagini che Sergio Zavoli ha raccolto nel documentario *I giardini di Abele*. Chi si aspetta di vedere persone delirare in discorsi e gesti incomprensibili rimane deluso. Zavoli interagisce con persone di cui legittima la libertà di parola e accende il valore della testimonianza. Per la prima volta va in scena il manicomio, con le sue piaghe contraddittorie e la differenza indigeribile col mondo di fuori. Riattivare la comunicazione tra queste due dimensioni significa dare avvio a un processo di emancipazione, attraverso il quale non solo gli internati possano prendere coscienza del potere segregante di un'istituzione che li ha letteralmente annientati, ma anche rivendicare una soggettività perduta. Un obiettivo questo conseguibile soltanto nella condizione di possibilità del linguaggio. Gli internati devono sapere. Ma le persone di fuori anche devono sapere.

Il testo *L'istituzione negata* del 1968 agisce proprio su questo fronte, seminando i germi di una contestazione orizzontale e capillare. Sotto la cura di Basaglia, vengono raccolti contributi e interviste o momenti che riflettono il delicato passaggio della chiusura dell'istituzione manicomiale goriziana: si narra della quotidianità nei reparti, della differenza tra prima e adesso, della disciplina dell'istituzione e dei contenuti delle assemblee. Le 50.000 copie vendute formano generazioni di studenti tra le facoltà di medicina, sociologia e filosofia. Nelle riunioni degli operatori pare finalmente che cambiare le istituzioni sia possibile.

Scrivo nel 1997 Franca Ongaro Basaglia riflettendo su quanto era accaduto in quegli anni:

Il coinvolgimento emotivo della popolazione attraverso denunce, servizi giornalistici e televisivi che mostravano, per la prima volta, gli orrori del manicomio, contrapposti a immagini che rivelavano possibile rispondere diversamente al problema, aveva stimolato una nuova cultura, un generale rifiuto della segregazione e della violenza istituzionale che si allargavano ad altre "istituzioni totali" e reclamavano diritti di altri soggetti deboli, privi di voce: giovani, donne, anziani, bambini, detenuti, tossicodipendenti. Fu un periodo di grandi fermenti sociali che sfociarono in importanti riforme.<sup>79</sup>

Il 1969 è la volta di *Morire di classe* di Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, un reportage di foto e immagini da più città sulla violenza del manicomio.

Le reti, le grate, le persone legate mani e piedi ai letti, le grida di donne dietro le sbarre, gli sguardi persi di una ragazza che passeggia solitaria in un parco dalla pulizia agghiacciante, i degenti con le facce riverse sulle piastrelle,

---

<sup>79</sup> F. Ongaro Basaglia, Prefazione, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Baldini&Castoldi, Milano, 1997, p.7.

la lunga fila di internati seduti sulle panchine con le mani tra i capelli e gli occhi inespressivi, sono un pugno nello stomaco anche per i più scettici. Nessuno può più mettere in dubbio la violenza del manicomio.<sup>80</sup>

“Nessuno può più mettere in dubbio la violenza del manicomio.” È sul significato di questa ultima frase che intendiamo soffermarci. Dopo che le telecamere e le macchine fotografiche hanno varcato le cancellate dei manicomi, l'orrore dell'istituzionalizzazione è entrato coscienza sociale. Prima di *Morire di classe* l'ingresso dei fotografi nei manicomi italiani era categoricamente vietato, perché si diceva che la fotografia (o la documentazione) avrebbe reso un'offesa alla loro dignità. È una preoccupazione che sentono anche Berengo Gardin e Carla Cerati, i quali dichiarano di essersi voluti soprattutto concentrare sulle situazioni drammatiche che gli internati erano costretti a vivere.

Se avessimo fotografato la malattia tutto sommato avremmo fatto una violenza al malato e non l'avremmo aiutato. In quel periodo era già proibito legare il malato al letto e invece veniva legato lo stesso, era già proibito rapare a zero gli internati e invece li rapavano a zero, era già proibito mettere le camicie di forza e invece le usavano. Noi volevamo mostrare proprio le varie situazioni.<sup>81</sup>

Stavano consegnando al pubblico un nuovo linguaggio, un nuovo codice interpretativo, che per la prima volta superava l'impatto puramente estetico e imponeva l'interrogazione dello scatto.

Fin da metà '800 la fotografia era stata per la psichiatria puro strumento dimostrativo della malattia: sono celebri le foto dei malati con i “segni inconfondibili” di malinconia, idiozia o delirio sul loro volto. Volti smarriti, scomposti, deformati diventavano parte integrante del processo diagnostico. La classificazione nosografica aveva urgenza di oggettivazione e la fotografia adempiva in maniera ottimale questo compito. Le stesse cartelle cliniche venivano corredate con cura estrema dalle foto segnaletiche del ricoverato di profilo e di prospetto con il numero di matricola sulla divisa. Sono immagini che danno avvio al programma di desoggettivazione che di lì a poco si abatterà su di loro e che sanciscono definitivamente l'evidenza della malattia.

Negli stessi anni fiorivano gli studi lombrosiani sull'anatomia dei soggetti folli e criminali. Secondo Lombroso, che collezionava, analizzava e descriveva attentamente le caratteristiche somatiche di questi uomini, essi condividevano un comune atavismo della psiche, provato da una serie di caratteri anatomici e morfologici. Nelle sue ricerche Lombroso annota misure, peso, altezza, resistenza al dolore, strutture craniche, anomalie e deficit intellettivi. L'individuazione di tali caratteri e quindi di tali individui implicava un loro allontanamento dalla società e una neutralizzazione del loro comportamento. Nasceva l'antropologia criminale da cui psichiatria e giurisprudenza furono molto influenzate.

Affianco a quest'uso classificatorio e catalogatorio della fotografia, è possibile cogliere un secondo impiego proprio di quei tempi: l'esigenza di mettere in mostra l'ordine, il rigore e la grandiosità dell'istituzione.

La fotografia è strumento e veicolo di questa grandiosità, del manicomio paterno e rassicurante. Costruisce e diffonde un'immagine di ordine, di pulizia, di gerarchie. Le prospettive ordinate dei padiglioni, i giardini ben curati, le foto di gruppo col camice, la cuffietta inamidata, le pesanti chiavi alla cintura, con il saggio e bonario direttore, gli internati serenamente dediti al lavoro restituiscono l'immagine del paese ordinato. Letteralmente un altro mondo.

Immagini trionfalistiche e celebrative si rincorrono per più di un secolo. Le riviste scientifiche, gli archivi, le biblioteche dei manicomi offrono un campionario ricco e puntuale della vita e dell'organizzazione: gli uomini

---

<sup>80</sup> N. Pitrelli, *L'uomo che restituì la parola ai matti*, Editori Riuniti, Roma, 2004, p.85.

<sup>81</sup> Ivi, p.87.

impegnati a falciare l'erba, a trasportare masserizie, a spalare la neve sotto lo sguardo attento del sorvegliante. Le donne intente a ricamare, a piegare lenzuola, a pulire verdure, a rifare letti. Sempre un'infermiera sorridente e bonaria, in divisa con la cuffia e il grembiule inamidato osserva e controlla. Le sale da pranzo ordinate con gli internati con la divisa in ordine, in posa per l'occasione. I cameroni dormitorio vuoti con l'infinita teoria dei letti ben rifatti. Le stanze per le terapie più avanzate, entusiastiche e rischiose, con le infermiere amorevoli pronte ad accogliere i malati che saranno sottoposti a quei trattamenti: lo shock insulinico, lo shock cardiaco, lo shock elettrico.<sup>82</sup>

È il definitivo trionfo della ragione psichiatrica sulla colpa della malattia. Il manicomio impartisce disciplina, riconduce alla normalità tipica di chi è degno del mondo di fuori e la fotografia asilare, allineandosi con i pregiudizi della pericolosità e dell'inguaribilità, alimenta l'estrema sensatezza e l'indiscussa occorrenza dell'istituzione manicomiale. Non c'è spazio per la riproduzione delle grida, dei pianti, della disperazione, dell'odore di urina, del senso di abbandono, e in una sola parola: della sopraffazione.

Solo tra la fine degli anni '50 e i successivi anni '60 iniziano ad affacciarsi i primi timidi tentativi di una fotografia svincolata dalla comunicazione del perbenismo psichiatrico e dall'alleanza con l'istituzione, per inseguire il bisogno di uno scatto più impegnato. Uliano Lucas, Luciano D'Alessandro, Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin divengono fotografi di una nuova generazione culturale che, segno dei tempi, non accetta più la composizione stagna della vecchia scienza medica e di un paradigma visivo troppo ordinato, perfetto e cristallino. Non è possibile mancare l'appuntamento con una provocazione, che dal mondo degli esclusi possa arrivare alla società irrimediabilmente complice di questa esclusione. Riferisce la Cerati:

Avevo visto delle fotografie di alcuni ospedali psichiatrici americani e siccome avevo la possibilità, tramite la casa editrice Einaudi, di mettermi in contatto con Basaglia, gli ho fatto sapere che ero interessata a fare delle fotografie nell'ospedale psichiatrico di Gorizia. Lui mi ha accolto a braccia aperte dicendo che cercava da tempo qualcuno che facesse una cosa del genere e che aveva in mente un grosso progetto: presentare fotograficamente tutte le istituzioni costrittive, dalla famiglia alla scuola, alla caserma, agli ospedali, tutto quello che era repressivo.<sup>83</sup>

Cercare oggi, a più di quarant'anni di distanza, di riconsiderare le motivazioni fondanti quegli scatti, significa riprendere in mano la tensione del problema, l'ardore della divulgazione e la pratica della comunicazione. E se è vero che 'denuncia' è il termine chiave in cui tentare d'inquadrare il processo di trasformazione che si stava consumando, allora non possiamo dimenticare di aver avuto alle nostre spalle una fotografia partigiana e impegnata, alleata della lotta sociale e politica che la deistituzionalizzazione stava realizzando.

L'esibizione del corpo sofferente, più che rappresentare un oltraggio alla dignità di queste persone, concorre a svegliare la coscienza collettiva sul diritto infondato con cui un sistema consolidato di teorie e pratiche rivendica un'ubbidienza intransigente e un addomesticamento totale.

Malgrado questa puntualizzazione, non si vuole certo sminuire l'evidente esposizione dei corpi oppressi: è il lato più delicato e complesso di questa storia, ma è anche il prezzo della conoscenza e della diffusione di quel che più si fa fatica a voler accettare di sapere. Per questo occorre scongiurare il rischio della compassione e delle retoriche sociali, manovrando questa materia con una cura così oculata da dovere in prima istanza assumere la responsabilità di un'intramontabile consapevolezza culturale.

---

<sup>82</sup> P. Dell'Acqua, S. D'Autilia, *Non si può non prendere parte. Immagini dal fronte*, in G. Berengo Gardin, *Manicomi. Psichiatria e antipsichiatria nelle immagini degli anni settanta*, contrasto, Roma, 2015, pp. 13,14.

<sup>83</sup> *L'uomo che restituì la parola ai matti*, op. cit., p.86.

Il messaggio che immagini come quelle di *Morire di classe* ci lasciano in eredità riguarda la limitatezza della scienza nel dire con certezza cosa sia la follia e la debolezza dei meccanismi coercitivi con cui si attua la sua presa in cura. Sono fotografie che hanno segnato e devono continuare a segnare nella coscienza comunitaria un punto di non ritorno indiscusso, per cui, oggi, nelle sopraffazioni dell'attualità, nei nuovi meccanismi di potere, ritornare ad essere omertosi e silenti sarebbe doppiamente criminoso. Perché adesso non si può più non prendere parte. Non si può più dire di non sapere. L'alternativa è infatti scegliere di condurre una vita amnestica, appena degna di essere vissuta; è scegliere di attraversare una temporalità senza la bussola del passato; è infine fare dell'indifferenza l'unità di misura dello sguardo sociale, senza adottare la più residuale lente d'indignazione verso lo scontato processo storico in cui il debole è destinato a rimanere debole.

#### 1.4 Il senso del possibile

I rivoluzionari del Maggio 1968 scrissero su un muro di Parigi "l'immaginazione al potere". Secondo il senso comune, l'immaginazione è la capacità di formare nella mente situazioni o rappresentazioni di cose o persone reali o irreali. L'uomo è capace di realizzare progetti perché può immaginare il futuro che ancora non esiste. Il senso del cambiamento è in questi termini il rifiuto del presente, in nome di un futuro possibile e migliore. L'immaginazione è uno strumento potentissimo: è la lungimiranza della pratica, la diversità in potenza.

Facciamo un passo indietro: all'inizio degli anni '60 era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto. La sua presenza istituzionale risultava assolutamente occorrente e necessaria: adempiva una funzione sociale e politica praticamente insostituibile. Per negare il manicomio non sarebbe bastato abbattere le mura e demolire le cancellate. Andava fatto a pezzi l'impianto teorico e culturale da cui era sostenuto e in virtù del quale trovavano attuazione sterili pratiche di presa in cura. La carta da giocare era cioè quella del senso di possibilità.

In questo paragrafo c'interrogheremo sul dialogo tra realtà e possibilità di realtà, non senza risonanze sui temi dei prossimi capitoli. Che il reale sia il modo in cui il vero si dà nella pratica è semplice da affermare; che il reale abbia sempre la possibilità di un diverso è meno semplice da affermare; che il reale in cui viviamo non possa leibnizianamente rivendicare di essere il migliore dei mondi possibili è assai difficile da accettare.

Ebbene, ancora oggi, una parte della cultura desiste dall'accettare che il manicomio non poteva appartenere al migliore tra i mondi possibili incontrati dalla nostra società. E affermiamo questo non in virtù di una presa di posizione puramente ideologica, ma rispetto allo stesso concetto di 'mondo migliore possibile', per cui la pratica è connotata dal reale in quanto vero e non dal vero perché reale. Per spiegare quest'ultima proposizione ricorreremo a Nietzsche e alla sua riflessione sulla ricerca del vero da parte dell'uomo.

In *Al di là del bene e del male* Nietzsche si domanda come mai siamo così sedotti dal vero e dalla volontà di essere legati a una verità, senza ricordare che le favole di verità sono i primi mezzi tramite cui fare degli uomini quello che si vuole. Essere di fronte a una pratica consegnataci come assolutamente vera perché reale significa assumere posizioni di giustificazionismo intellettuale e realismo indiscusso, quando invece il vero, per potersi dire tale, deve passare dal vaglio del reale, che a sua volta viene sancito dalla dignità di realtà. Sviluppare una dignità di realtà può ad esempio significare domandarsi se è vero che la cura debba passare attraverso la sopraffazione dei corpi, come

con poca problematizzazione la realtà ha in passato mostrato e insegnato. Questo è stato ad esempio un interrogativo fondante la deistituzionalizzazione. Si è trattato di portare avanti un atto genealogico: una domanda incalzante e provocatoria sull'origine di un'istituzione così grossolanamente vicina al vero. Nella *Genealogia della morale* Nietzsche mette in guardia dall'assunzione di atteggiamenti eccessivamente compiacenti verso la scienza e invita al contrario a optare per un "radicalismo scientifico"<sup>84</sup>, in virtù del quale la scienza è niente più che un'esercitazione anziché un nucleo di certezze salde. L'atteggiamento veramente scientifico è dedito al confronto col possibilmente altro. In quali circostanze l'uomo ha inventato i suoi giudizi di valore? E quale prezzo ha avuto per la nostra società la condivisione di una precisa teoria e la trasmissione di una precisa pratica? Cercare di rispondere a questi quesiti spalanca almeno tre ordini di discorsi: che i giudizi di valore hanno sempre una nascita eventuale e circostanziata; che le teorie e le pratiche hanno un campo d'applicazione che costa il sacrificio di quello che al momento non viene contemplato come teoria e come pratica; e infine che i corpi pagano il conto di questa scelta. Analizziamo in dettaglio questi diversi livelli argomentativi rispetto alla tematica del manicomio.

In relazione ai giudizi di valore non può sfuggire il richiamo alla linea di demarcazione 'sano/malato' propria dell'esercizio psichiatrico della diagnosi. Con la nascita dei moderni stati borghesi, con i loro ideali di profitto e guadagno, il controllo dei corpi diviene una prerogativa urgente e necessaria, in ordine all'esigenza di separare chi è produttivo da chi non lo è, classificando per categorie diagnostiche eventuali disturbatori della macchina sociale. L'analisi genealogica di Nietzsche sulla netta e rigida differenziazione 'buono/cattivo', fa proprio luce sulle dinamiche culturali tramite cui trovano affermazione nelle nostre società concetti così determinanti e vincolanti in ambito morale. Innanzi tutto è opportuno ricordare che la volontà di giudizio di una società ha sempre una struttura piramidale, essendo la sua principale finalità quella di creare gerarchie di valori che determinino un "pathos della distanza" tra il vertice e la base. Nella coscienza "nobile"<sup>85</sup> c'è la produzione di una distanza verso il più debole, che è esplicito giudizio d'inferiorità.

Sono stati invece gli stessi "buoni", vale a dire i nobili, i potenti, gli uomini di condizione superiore e di elevato sentire ad avere avvertito e determinato se stessi e le loro azioni come buoni, cioè di prim'ordine, e in contrasto a tutto quanto è ignobile e d'ignobile sentire, volgare e plebeo. Prendendo le mosse da questo *pathos della distanza* si sono per primi arrogati il diritto di foggiare valori, di coniare le designazioni dei valori [...]

Il pathos della nobiltà e della distanza, come ho già detto, il perdurante e dominante sentimento fondamentale e totale di una superiore schiatta egemonica in rapporto a una schiatta inferiore, a un "sotto", è questa l'origine dell'opposizione tra "buono" e "cattivo". (Il diritto signorile di imporre nomi si estende così lontano che ci si potrebbe permettere di concepire l'origine stessa del linguaggio come un'estrinsecazione di potenza da parte di coloro che esercitano il dominio: costoro dicono "questo è questo e questo", costoro impongono con una parola il suggello definitivo a ogni cosa e a ogni evento e in tal modo, per così dire, se ne appropriano.)<sup>86</sup>

Da questo estratto vorremmo dimostrare, come già premesso sopra, la valenza circostanziata di quelle tavole di verità da cui discendono certe organizzazioni istituzionali e certe pratiche anziché altre. La legge la fanno sempre "i buoni", proprio nella condizione di possibilità che hanno di essere "i buoni". Foucault, che aveva studiato a fondo Nietzsche, aveva capito che queste dinamiche culturali affondano le radici in particolari assetti storico-politici, passibili di critica e distruzione in qualsiasi

<sup>84</sup> M. Montinari, Nota introduttiva, in F. Nietzsche, *Genealogia della morale*, Adelphi, Milano, 2007, p. XIX.

<sup>85</sup> Nietzsche impiega questo termine volendo dimostrare come dall'accezione di 'aristocratico' abbia preso origine e sviluppo l'idea di 'buono', nel senso di 'spiritualmente privilegiato', nello scenario sociale.

<sup>86</sup> F. Nietzsche, *Genealogia della morale*, op. cit., p.15.

momento. Per questo aveva composto *Storia della follia nell'età classica*: per dimostrare l'identità contingente e discutibile della follia nelle nostre società, oppure la fabbricazione dello sguardo sulla follia da parte delle nostre società. Questa tensione può essere tradotta con Foucault col termine 'aleturgia', intendendo la produzione di regimi discorsivi che conducono inevitabilmente al vero, contrastando ciò che vero non può essere affatto. Aleturgia è l'apparato delle condotte, verbali e non, in cui il vero spicca non solo sul falso, ma anche sull'occulto, l'impensabile e l'inesprimibile. Ricercare il vero, trovarlo e fidarsi risponde a un istinto genetico di dominio della realtà. Di fronte al vero ci s'inchina ripudiando il falso come irreali.

Non è la realtà la condizione di possibilità della verità, al contrario è la verità la condizione di possibilità della realtà. Più in alto della realtà sta la possibilità che una certa cosa sia degna del vero oppure no.

A questo punto la domanda è: chi ha detto che il falso sia falso? O meglio: chi ha detto che il falso non sia vero o potenzialmente vero? Basaglia si deve esser posto un interrogativo simile quando ha cominciato a pensare a una società in cui la follia fosse possibile. Il tabù dell'uomo folle, fino a circa quarant'anni fa, non avrebbe mai potuto abitare le nostre coscienze, impregnato com'era di quegli attributi d'imprevedibilità ed enigma di cui parlava Foucault.

Non è che adesso questo tabù si sia dissolto, ma possediamo la testimonianza<sup>87</sup> che il diverso può parimenti rivendicare possibilità di realtà, senza rimanere trincerati nella seduzione del vero perché reale, somministrato sottilmente dai governatori dei soggetti e assunto placidamente dai soggetti governati.

Il grande insegnamento di questa testimonianza, più che nella concreta chiusura dell'istituzione manicomiale, è da ricercarsi nell'imperativo di ripensare continuamente la realtà, tenendo conto di un senso del possibile che non si esaurisce con la pragmatizzazione del diverso, ma dilaga imperterrito e inafferrabile con l'ardore dell'immaginazione sul futuro e l'esplosione della contraddizione nel presente.

---

<sup>87</sup> “Vede, la cosa importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile. Dieci, quindici, vent'anni fa era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto. Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so, ma a ogni modo noi abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo, e la testimonianza è fondamentale. Non credo che il fatto che un'azione riesca a generalizzarsi voglia dire che si è vinto. Il punto importante è un altro, è che ora si sa cosa si può fare.” (F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000, pp. 142, 143.)

## Capitolo 2

### *Antipsichiatria non è psichiatria antistituzionale*

*“Le nostre istituzioni non servono più a nulla:  
su questo si è tutti d’accordo.  
Tuttavia ciò non dipende da esse, bensì da noi.  
Da quando abbiamo perduto tutti gli istinti,  
da cui si sviluppano le istituzioni,  
andiamo perdendo le istituzioni in generale,  
perché noi non serviamo più a esse.”<sup>88</sup>*

L'intento di questo secondo capitolo è quello di dedicare attenzione a un dibattito generatosi simultaneamente all'ondata di cambiamenti in seno alla psichiatria e oggi ancora attuale. L'obiettivo sarà capire come si sia declinata nel tempo la discussione, come si sia evoluta, e da quali fatti, contraddizioni e polemiche sia stata attraversata.

Si sta facendo riferimento a un fenomeno per cui, a cavallo tra gli anni '60 e '70 del secolo scorso, da diversi paesi, inizia a registrarsi una messa in discussione delle pratiche psichiatriche tradizionali, ricercando vie alternative dalle quali guardare la malattia mentale. Parlando per sommi capi, si può dire che la critica prende avvio da cinque nuclei teorici fondamentali: il concetto di normalità stilato su canoni medico-biologici; il ricorso alla diagnosi come strumento di discriminazione sociale; il rapporto tra psichiatria e industria farmaceutica; i trattamenti obsoleti (elettroshock e lobotomia su tutti); la psichiatria forense e il dispositivo della pericolosità sociale.

L'imprecisa e grossolana sintesi di queste critiche nell'etichetta di 'antipsichiatria', termine così generico e così abusato, è spesso stata la cifra di un confinamento drastico e risolutorio nell'irrazionalismo e nel disordine, a dispetto del rigore tecnico e teorico del sapere psichiatrico. La generalizzazione non solo è stata foriera di fraintendimenti importanti che hanno attraversato se non tutta buona parte della psichiatria contemporanea, ma ha anche sbrigativamente definito la cosa, considerandola niente più che un insieme di voci sorde e sparse, iniziate e finite, senza ripercussioni importanti.

Rispetto ad allora è tuttavia molto cambiato il valore del termine 'antipsichiatria', così come il contesto culturale in cui ha trovato espressione. Non a caso, non di rado, questi movimenti sono stati ricondotti all'ondata di proteste e cambiamenti legati al '68. Quasi che, in un logico consequenzialismo, si sia alzato il sipario anche sull'istituzione manicomiale: sono andati per la prima volta in scena gli esclusi, i pericolosi, i matti.<sup>89</sup> A ben vedere, è stato un momento di massima

<sup>88</sup> F. Nietzsche, *Crepuscolo degli idoli*, Adelphi, Milano, 1997, p.115.

<sup>89</sup> Il riferimento qui è ad esempio a *Morire di classe* o a *I giardini di Abele*, già incontrati nel precedente capitolo e realizzati per accendere per la prima volta i riflettori sul tabù della follia e del folle in manicomio. Disattese le aspettative d'incontrare la pericolosità sociale e la malattia inguaribile, le telecamere riprendono persone normali, con una storia, dei ricordi e delle passioni.

rivoluzione.

I grandi movimenti di questi ultimi vent'anni sono stati la rivolta degli studenti, i grandi scioperi operai che hanno preso in mano alcune lotte degli studenti, la lotta nelle istituzioni psichiatriche e, infine, una delle più importanti, la lotta dei movimenti comunisti. Questo momento ha fatto sperare che il mondo potesse essere diverso. [...] In Italia per esempio, dopo il 1968 ci sono stati grandi scioperi, durante i quali gli operai rivendicarono il diritto alla salute, cioè portarono a livello delle istituzioni pubbliche le loro lotte. Parallelamente, alcuni teorici dimostrarono che il manicomio era un luogo di oppressione e di dolore, non di cura. Infine, in quegli anni e nei seguenti, le donne dimostrarono che l'oppressione del maschio e della famiglia impediva loro di avere una propria soggettività. In altre parole, tutti questi movimenti e queste lotte hanno evidenziato che, oltre alla lotta del movimento operaio che rivendicava il cambiamento della condizione di vita e la partecipazione alla gestione del potere, c'era anche un'altra lotta fondamentale: la volontà di affermarsi non tanto come oggettività ma come soggettività.<sup>90</sup>

Le stesse assemblee in manicomio, caratteristiche eminenti degli esperimenti di riforma, possono ritenersi direttamente connesse al clima di aperture e rivendicazioni. In questa particolare temperie politica si riconosce alla psichiatria un abuso di potere e controllo: non una prerogativa di ordine medico, ma una necessità di natura politica, insita tanto nel suo internamento repressivo, quanto nelle sue pratiche umilianti.

Gli scioperi dei lavoratori nelle fabbriche, le manifestazioni degli studenti reclamanti un'istruzione più diffusa e ad appannaggio anche dei ceti meno abbienti, le rivendicazioni contro il ceto borghese arricchitosi dal boom economico del secondo dopoguerra sulle spalle delle classi meno agiate, per quanto avessero come obiettivo comune la conquista di maggiori diritti e per quanto funsero certamente da importante terreno per il sorgere della discussione psichiatrica, non ne rappresentarono tuttavia la sola *condicio sine qua non*. Anche dalle scienze umane e in particolare dalla filosofia, dalla fenomenologia all'ermeneutica, dallo strutturalismo al marxismo, arrivavano stimoli dialettici importanti dai quali ricavare una nuova declinazione del soggetto: da padrone del pensiero e dell'azione a vittima di forze metacoscienti e metasoggettive (l'es, l'inconscio, il linguaggio, le classi sociali, i rapporti di produzione), si è cominciato a pensare al di là delle certezze gnoseologiche, morali e politiche riferite alla soggettività. Analizzando l'uomo in tutte le sue strutture e sottostrutture, non lo si è più potuto pensare depositario di quell'identità certa e cosciente, di quel *logos* che conferma la sua stessa essenza (*il cogito ergo sum* cartesiano, per intenderci). Tant'è vero che il soggetto, nel momento stesso in cui viene reso oggetto di scienza, cessa immediatamente di essere tale.

Dal momento in cui ci si è accorti che ogni conoscenza umana, ogni esistenza umana, ogni vita umana, e forse perfino ogni ereditarietà biologica dell'uomo, è presa all'interno di strutture, cioè all'interno di un insieme formale di elementi obbedienti a relazioni che sono descrivibili da chiunque, l'uomo cessa, per così dire, di essere il soggetto di se stesso, di essere in pari tempo soggetto e oggetto. Si scopre che quel che rende l'uomo possibile è in fondo un insieme di strutture, strutture che egli, certo, può pensare, può descrivere, ma di cui non è il soggetto, la coscienza sovrana.<sup>91</sup>

Oggi, raccolte le ceneri di quel momento storico così denso di lotte e cambiamenti, secondo un luogo comune alquanto sterile, si tende perlopiù a identificare il termine 'antipsichiatria' con la negazione della malattia mentale e delle sue conseguenti pratiche di presa in cura: quasi che la questione si snodi, in estrema semplicità e risoluzione, tra due polarità entro le quali o si afferma con convinzione

<sup>90</sup> F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit. , pp.6,7.

<sup>91</sup> *Conversazioni con Lévi-Strauss, Foucault, Lacan*, a cura di P. Caruso, Mursia, Milano, 1969, pp.107,8 in N. Abbagnano, *Dizionario di filosofia*, Utet, Novara, 2013 (Terza edizione aggiornata da Giovanni Fornero), p.63, v. Antiumanismo.

la malattia o la si nega clamorosamente. Il dibattito è in realtà molto articolato e merita un approfondimento. Quindi i contenuti del presente capitolo saranno suddivisi in 6 paragrafi così denominati: *Diffusione geografica di un concetto* dove si analizza l'origine del termine 'antipsichiatria' e della sua applicazione contestuale; *Capi d'accusa di una lesa maestà* per delineare le colpe di un mancato rispetto ossequioso verso la scienza psichiatrica; *Negare dall'interno* per evidenziare il valore di una critica che muove dal cuore stesso delle mura istituzionali che intende abbattere; *Coronamento di un sogno* per ripercorrere le tappe salienti verso la realizzazione dell'utopia antipsichiatrica; *Il sugo della storia e il sapore di oggi* per fare il punto della situazione rispetto ai tempi correnti.

## 2.1 Diffusione geografica di un concetto

Partiamo dalla parola: il primo uso del termine 'antipsichiatria' si deve a David Cooper, il quale lo adoperò per denotare una vera e propria rottura nei confronti del paradigma psichiatrico inglese. Nel 1962 Cooper, psichiatra sudafricano trasferitosi a Londra, cominciò a eliminare dal suo reparto<sup>92</sup> gerarchie consolidate e regole convenzionali, tanto per il personale che per i pazienti: egli chiamò questo progetto "un esperimento di antipsichiatria."<sup>93</sup> Nel suo *Psichiatria e antipsichiatria*, pubblicato nel 1967, coniò il termine e lo usò nuovamente nel volume *Dialettica della liberazione*, nel cui commento finale mette però in guardia i lettori da possibili letture semplicistiche.

L'Inghilterra in questi anni sta conducendo, nell'ambito della salute mentale, importanti, seppur fragili, tentativi d'innovazione e cambiamento, complice la partecipazione dei laburisti al governo del paese, che spinsero per ottenere importanti provvedimenti di pubblico interesse. Tra queste, le leggi del *Disabled Persons Act* del 1944 che videro per la prima volta il malato di mente inserito in un programma di riabilitazione esterno all'ospedale.

Nel 1946, T. F. Main, in un numero speciale del *Bulletin of the Menninger Clinic* dedicato ai progressi della psichiatria britannica postbellica, presentò il lavoro degli psichiatri inglesi del "gruppo di Northfield"<sup>94</sup> parlando di "una Comunità terapeutica"<sup>95</sup>.

Lo stesso fece Maxwell Jones, dal 1947 al 1959, presso la divisione di riabilitazione industriale di Belmont, divenendo in breve tempo uno tra gli psichiatri più rappresentativi che si occupavano di Comunità terapeutica. Caratteristiche di una Comunità terapeutica erano: libertà di comunicazione a tutti i livelli e in tutti i sensi; analisi in termini sia individuali che interpersonali di tutto ciò che accade nella comunità; rifiuto del tradizionale rapporto di autorità e scala gerarchica del manicomio; riunioni frequenti.

Malgrado l'esito innovativo e tutto sommato positivo di queste sperimentazioni, non tardarono a emergere le contraddizioni che un'istituzione, per il solo fatto di essere tale contiene, e che confermavano la subalternità del paziente rispetto allo staff assistenziale. Solo per citarne alcune: anche se latente, l'autorità del personale non può comunque venire meno; i ricoverati rivendicano libertà che vanno ben oltre una riunione e un reparto aperto; la partecipazione non può sostituire la

---

<sup>92</sup> Sebbene lavorò in diversi ospedali, l'impresa più nota di Cooper è legata a "Padiglione 21", un ospedale psichiatrico del nord-ovest di Londra in cui dette avvio nel 1962 a esperienza di vita comunitaria.

<sup>93</sup> M. Schatzman, *Pazzia e morale*, in *L'altra pazzia*, L. Forti (a cura di), Feltrinelli, Milano, 1979, p.126.

<sup>94</sup> Gli psichiatri Bion e Rickman, fin dal 1943, avevano impostato l'assistenza dei loro malati affetti da nevrosi del Northfield Hospital in modo comunitario, con gruppi di discussione e partecipazione alla gestione del reparto.

<sup>95</sup> Cfr. L. Schittar, *L'ideologia della comunità terapeutica*, in *L'istituzione negata*, op. cit., pp.154-175.

progettazione della propria vita.

Nel 1959 poi il partito laburista promuove la riforma sanitaria e per la prima volta in un paese occidentale medicina e psichiatria<sup>96</sup> stanno insieme nel quadro di un sistema sanitario pubblico: il malato di mente diventa un malato uguale a tutti gli altri.

L'anno successivo, il 1960, esce *L'io diviso* di Ronald Laing, un altro psichiatra inglese, con la stessa prerogativa di Cooper di creare delle alternative al reparto psichiatrico tradizionale: fin dalla prefazione del testo dichiara esplicitamente di volersi ispirare a una psichiatria esistenziale per tentare di *rendere comprensibile la pazzia*<sup>97</sup>, che risulta in tutto e per tutto un modo di stare al mondo. Nel 1965 Laing e un gruppo di colleghi creano la *Philadelphia Association*: inizia un progetto di comunità psichiatrica a Kingsley Hall<sup>98</sup>, dove pazienti e terapisti vivono insieme. Filosoficamente molto vicino alle posizioni dell'esistenzialismo-marxista di Sartre e al concetto di 'alienazione sociale', soprattutto rispetto al soggetto schizoide, viene ben presto tacciato, assieme a David Cooper<sup>99</sup>, di essere iniziatore dell'antipsichiatria, dalla cui accusa si difende così:

Io, qualunque cosa mi abbiano fatto dire, non mi sono mai identificato né con le posizioni della psichiatria tradizionale, né con quelle dell'antipsichiatria. [...] Antipsichiatria? Non sono un antipsichiatra e spesso non capisco cosa s'intenda per antipsichiatria. Sono uno psichiatra. E come molti medici nella storia della medicina sono contrario ad alcune pratiche di uso comune nel mio campo.<sup>100</sup>

Anche la Francia, all'indomani della seconda guerra mondiale, guarda i suoi internati nei manicomi in modo diverso. Molti psichiatri francesi avevano preso parte alla resistenza contro i nazisti e i primi programmi di umanizzazione degli asili hanno luogo proprio in quel periodo, se non immediatamente dopo la fine del conflitto. Nel 1952 un numero monografico della prestigiosa rivista *Esprit*, diretta dal filosofo Emanuel Mounier, viene dedicato a "La miseria della psichiatria", con contributi di ricoverati, psichiatri e filosofi sulla condizione di oltre 92.000 persone internate. E già molto prima, nel 1925 nello specifico, un manifesto avanguardistico indirizzato ai direttori dei manicomi e firmato da un gruppo di artisti francesi che si firmarono "La révolution surréaliste", metteva nero su bianco lo scandalo del potere sui ricoverati e recitava così nelle righe finali: "*Domattina, all'ora della visita, quando senza alcun lessico tenderete di comunicare con questi uomini, possiate voi ricordare e riconoscere che nei loro confronti avete una sola superiorità: la forza.*"<sup>101</sup>

Nel 1972 invece è la volta de *L'anti-Edipo* di Gilles Deleuze e Félix Guattari, dove a essere sotto accusa è la psicoanalisi e la sua valorizzazione del desiderio. Secondo i due autori, l'inconscio più che come una macchina desiderante funzionerebbe come un'officina che produce in continuazione meccanismi, che a loro volta creano altri meccanismi e così via, fino alla completa delineazione di

---

<sup>96</sup> Il *Mental Health Act* del 1959 inoltre aveva prefigurato l'"informal patient", ovvero un paziente volontario ricoverato presso un ospedale civile con una procedura informale, simile a quella di qualsiasi altro malato, vale a dire senza la presenza dell'autorità giudiziaria.

<sup>97</sup> R. D. Laing, Prefazione, in *L'io diviso*, Einaudi, Torino, 2010, XXV.

<sup>98</sup> "*The Philadelphia Association came into being in 1965 in order to provide alternatives to traditional ways of treating those designated 'mentally ill', especially those diagnosed as schizophrenic. Our first venture was the community longer available at Kingsley Hall, an old community settlement building in the east end of London.*"

Cfr. <http://www.philadelphia-association.org.uk/Kingsley-Hall.html>

<sup>99</sup> "*Ronald D. Laing, Aaron Esterson e David Cooper sono degli psichiatri inglesi che hanno sentito il bisogno di creare delle alternative al tradizionale reparto di ospedale psichiatrico. David Cooper (padiglione 21) ha diretto un reparto di un ospedale psichiatrico vicino a Londra mettendone in questione le premesse e cambiandone molte pratiche abituali. Laing, Esterson e Cooper hanno costituito un'associazione a cui fanno capo numerose comunità londinesi che si autogestiscono, in cui vivono persone che per lo più erano state precedentemente diagnosticate malate di mente e che ora vivono fuori dal sistema psichiatrico tradizionale.*"

M. Schatzman, *Pazzia e morale*, in *L'altra pazzia*, L. forti (a cura di), Milano, 1979, p.117.

<sup>100</sup> Cit. in M. Rossi Monti, Prefazione, in R. D. Laing, *L'io diviso*, op. cit., p. IX.

<sup>101</sup> Cit. in M. G. Giannichedda, Introduzione, in F. Basaglia, *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, 2005, p. IX.

ciascuna psicologia. Secondo Deleuze e Guattari sia la psicoanalisi che la psichiatria avrebbero fallito nel loro intento di rendere conto della malattia mentale, giacché non è la follia a dover essere necessariamente condotta all'ordine, ma quest'ultimo che deve contenere le singolari peculiarità di ogni follia.

In mezzo, tra *La miseria della psichiatria* e *L'Anti-Edipo* viene pubblicata *Storia della follia nell'età classica*, tesi di dottorato di Michel Foucault. È il 1961, anno che rappresenta, per questo tipo di ricerche, un momento straordinario, “una data da ricordare, di quelle in cui gli astri si allineano disegnando costellazioni inedite”<sup>102</sup>. In Italia Franco Basaglia arriva all'ospedale psichiatrico di Gorizia e vengono pubblicati due testi fondamentali rispettivamente in inglese e francese: *Asylums, la condizione sociale del malato di mente e di altri internati*<sup>103</sup> di Erving Goffman e *I dannati della terra* di Frantz Fanon. Assieme ad *Asylums*, la ricerca di Foucault diviene il testo di riferimento della denuncia al manicomio, in quanto istituzione a carattere totalizzante:

Un'istituzione totale, così come viene definita da Goffman, può essere ritenuta come il luogo in cui un gruppo di persone viene determinato da altre, senza che sia lasciata una sola alternativa al tipo di vita imposto. Appartenere ad un'istituzione totale significa essere in balia del controllo, del giudizio e dei progetti altrui, senza che chi vi è soggetto possa intervenire a modificarne l'andamento e il significato.<sup>104</sup>

Il nocciolo del problema, per Goffman come per Foucault e Basaglia, è quindi l'istituzione, quale strumento di sopraffazione e controllo sociale. Per questo motivo, per dirla con Laura Forti, la lotta antistituzionale portata avanti da Basaglia e dai suoi collaboratori, non si limita alle pareti dell'ospedale psichiatrico, “ma si proietta continuamente all'esterno, dove è possibile cogliere più direttamente che non nel chiuso dei reparti manicomiali, la connessione tra l'esclusione e la violenza della società e combatterla.”<sup>105</sup>

## 2.2 Capi d'accusa di una lesa maestà

*Storia della follia nell'età classica*, primo testo fondamentale di Michel Foucault, prende in considerazione le origini dei massivi ricoveri manicomiali che vengono ricondotti ai lazzaretti medievali. L'isolamento e l'emarginazione del folle dal resto della società risultano pratiche ereditate dalla tutela della salute pubblica dal contagio dei malati di lebbra. Nella Francia dei secoli XVII e XVIII, gli ex lebbrosari, debellata la lebbra, appaiono quali contenitori variegati di tipi sociali: poveri, vagabondi, mentecatti, eretici, prostitute, senzatetto, alcolisti, dissidenti politici, stregoni, omosessuali, tutti ghettizzati in queste strutture col fine di preservare l'ordine e il rigore della macchina sociale. La follia<sup>106</sup> diviene un problema di ordine morale.

Sparita la lebbra, cancellato o quasi il lebbroso dalle memorie, resteranno queste strutture. [...] Poveri, vagabondi, corrigendi e "teste pazze" riassumeranno la parte abbandonata dal lebbroso, e vedremo quale salvezza ci si aspetta da questa esclusione, per essi e per quelli stessi che li escludono. Con un senso tutto nuovo e in una cultura differente le forme resisteranno: soprattutto quella importante di una separazione rigorosa che è esclusione sociale ma

<sup>102</sup> P. Di Vittorio, *Togliersi la corona. Foucault e Basaglia, storia di una ricezione "minore"*, in aut aut, 351, 2011, ilSaggiatore, Milano, p.53.

<sup>103</sup> Tradotto in italiano nel 1968 da Franca Ongaro Basaglia.

<sup>104</sup> F. Basaglia Ongaro, *Rovesciamento istituzionale e finalità comune*, in *L'istituzione negata*, op. cit. ,p.323.

<sup>105</sup> L. Forti, Introduzione, *L'altra pazzia*, op. cit. , p.24.

<sup>106</sup> Qui ancora non viene usato il termine malattia mentale, poiché fino ai secoli XVII e XVIII la follia viene concepita come sinonimo di errore nel giudizio e nella valutazione.

reintegrazione spirituale.<sup>107</sup>

In sostanza, Foucault cerca di dimostrare che i manicomi, lungi dall'essere istituti deputati a curare specificamente la follia, sono in realtà luoghi in cui si perpetra l'esperienza dell'esclusione a danno di una porzione della società, come in un dentro-fuori, utile-inutile, produttivo-improduttivo: per queste ragioni la follia non rappresenta l'oggetto di un'indagine medica, ma il bersaglio prediletto del potere e del rigore politico.

A partire dal momento in cui Pinel, liberando i folli dalle catene, ne ha ufficializzato la reclusione negli istituti di custodia, la forza dell'istituzione ha preso il sopravvento. Il medico psichiatra diviene il padrone della follia, nella misura in cui, con la sua autorevolezza tecnica, produce giochi di verità<sup>108</sup> a riguardo. Il dispositivo manicomiale, tenendo la follia lontano dalla società civile, ha finito per sostenere i disegni biopolitici del potere e avallare le norme della disciplina psichiatrica.

Pertanto, oltre a non aver santificato le imprese di Pinel e di tutti i padri della psichiatria, ulteriore passo falso di Foucault verso l'accusa di 'psichiatricidio', sarebbe stato quello di non aver riconosciuto la follia quale oggetto di sapere medico-scientifico. Infine, ascrivendo il manifestarsi della follia a mutevoli circostanze storico-politiche, il filosofo francese ne avrebbe fatto emergere la sua valenza contingente, relativa e legata al mutare dei tempi.

L'analisi di un tema così delicato e la messa a nudo di queste dinamiche gli sono costate dapprima una bassa presa in considerazione del suo testo, e successivamente una controversa e cattiva ricezione dello stesso, per non dire un confinamento senza mezzi termini nei ranghi dell'anti-psy.

È l'opinione ad esempio di Giovanni Jervis, che, dialogando con Gilberto Corbellini, parla di Foucault come di un intellettuale sì dalla grande statura, ma responsabile sia della tesi antipsichiatrica più classica, secondo cui la follia è un ricettacolo di verità, sia di una serie di dissertazioni sulla follia del tutto irrazionali e a carattere anticartesiano. La posizione di Jervis, più tipico paradigma di una fuorviante lettura del testo, non consegna al lettore che un commento del tutto riduttivo e inconsistente sulla questione: Foucault, lungi dall'essere un intellettuale interessato alle prese di posizione, ha in realtà instancabilmente dedicato i suoi studi all'esercizio di un pensiero critico verso quei dispositivi di potere meglio consolidati e assai poco indagati.<sup>109</sup> Nel maggio 1973, in occasione di una conferenza a Montréal dal titolo "*Dovremmo internare gli psichiatri?*", Foucault afferma:

Mi presento a voi gravato dal peso di due difetti, di due mancanze. Quella di essere influenzato e quella di non essere né psichiatra né antipsichiatra; a dire il vero, rimpiango non tanto il fatto di non essere psichiatra, quanto piuttosto di non essere antipsichiatra, perché ho l'impressione che qui si stia delineando una sorta di investimento teorico che deve cingere d'assedio i temi e le pratiche dell'antipsichiatra, e io sono sicuro di trovarmi nella posizione migliore per essere colui che respingerà questi attacchi. Sono soltanto uno storico e vorrei, come storico, cercare di spiegarvi in che modo vedo la nascita di questa antipsichiatra. [...] Credo che l'idea secondo cui la verità sarebbe universale, eterna, che vi sia verità ovunque e sempre, [...] sia un'idea di quello che potremmo chiamare il nostro imperialismo culturale. [...] Esiste tutta una geografia culturale della verità [...] La verità è un evento che si produce in certi luoghi

<sup>107</sup> M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Rizzoli, 2010, p.14.

<sup>108</sup> L'espressione 'giochi di verità', nel pensiero di Foucault, fa riferimento a quelle dinamiche tramite cui s'instaurano pratiche di controllo, e meccanismi di oggettivazione, (ovvero come si diventa oggetti di conoscenza), e meccanismi di soggettivazione, (ovvero come si diventa soggetti di conoscenza).

<sup>109</sup> A partire da *Storia della follia*, scritta come lui stesso confessa un po' per caso, dilata, nel corso di tutti gli anni '70, la sua attenzione sulla malattia mentale in maniera più consapevole, incisiva e minuziosa. È del 1973 il corso al Collège de France sul *Potere psichiatrico*, sugli *Anormali* l'anno successivo ed è del 1975 *Sorvegliare e punire*. Prim'ancora, nel 1971, aveva cofondato con Daniel Defert il GIP, Gruppo d'Informazione sulle Prigioni, per indagare da vicino la condizione del carcere e fornire ai reclusi strumenti di comunicazione con l'esterno.

e in certi momenti [...] <sup>110</sup>

E cinque anni dopo rincara la dose:

Quando avevo cercato di fare la Storia della follia, avevo cercato di raccontare quel che era accaduto fino all'inizio del XIX secolo; ora, gli psichiatri hanno inteso la mia analisi come un attacco contro la psichiatria [...] Perché un'archeologia della psichiatria funziona come antipsichiatria, mentre un'archeologia della biologia non funziona come un'antibiologia? <sup>111</sup>

Foucault in sostanza si domanda come mai la psichiatria venga meno al riconoscimento della sua stessa storia. Che scienza è mai questa che pretende di avere un passato integerrimo, fatto di lodi e agiografie, in mancanza delle quali si viene tacciati di essere “contro”? D'altro canto, *Storia della follia*, così come tutta l'opera successiva di Foucault, nel suo intento di far luce sulle radici della psichiatria, altro non è che un'interrogazione storica e genealogica della realtà <sup>112</sup>, per non subire l'amnesia delle nostre origini culturali e istituzionali. In un'intervista del 1982 Foucault afferma che in fondo il suo ruolo è: *quello di far vedere alle persone come esse siano più libere di quello che pensano, e di mostrare loro come esse considerino vero ed evidente ciò che in realtà è stato costruito in un determinato momento della storia, sicché quella presunta evidenza può essere sottoposta a critica e distrutta.* <sup>113</sup> Di fronte a queste parole, diventa difficile non vedere la differenza tra 'archeologia' e 'antipsichiatria', tanto più che nel corso della stessa intervista, il filosofo afferma di aver dato avvio alle ricerche e alla composizione del testo per uno stato di disagio, successivo all'osservazione di alcune tecniche di cura della malattia mentale, tra cui la neurochirurgia e la psicofarmacologia, fatte passare come assolutamente necessarie per quei malati. Quindi ha intrapreso l'analisi con la curiosità, soprattutto personale, di capire da dove discendessero queste pratiche e con quali motivazioni venissero applicate.

### 2.3 Negare dall'interno

In Italia, sono intanto “gli anni di Gorizia”. Che Basaglia legga Foucault è abbastanza certo e ne abbiamo prova nel saggio *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo istituzionalizzato*, che espone nell'agosto del 1964 a Londra, in occasione del I Congresso internazionale di Psichiatria sociale. Tra i pochi italiani presenti, Basaglia pone all'aula una questione cruciale: l'ospedale psichiatrico genera istituzionalizzazione e quindi va distrutto.

Dopo la specializzazione in neuropsichiatria nel 1952, dieci anni come assistente nella Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Padova diretta da Giovan Battista Belloni, anziano

---

<sup>110</sup> M. Foucault, *Storia della follia e antipsichiatria*, in aut aut, 351, 2011, ilSaggiatore, Milano, pp.91,92,93.

<sup>111</sup> M. Foucault, *I rapporti di potere passano all'interno dei corpi* (1977), in *Discipline, Poteri, Verità. Detti e Scritti 1970-1984*, Marietti, Genova – Milano, 2008, p. 102.

<sup>112</sup> Foucault ha sempre rifiutato l'appellativo di strutturalista; ha piuttosto preferito fare dello strutturalismo un metodo per mostrare l'infinita criticabilità della realtà. L'analisi storica serve a Foucault a dimostrare come le parole, i saperi, le pratiche e le istituzioni non conservano sempre lo stesso significato e lo stesso valore: la storia è ciò che dimostra la possibilità della trasformazione: la storia ci dice chi siamo, ma anche la possibilità che abbiamo scelto di non essere ed è in virtù di questa non-scelta che gli eventi devono sempre essere ritenuti contingenti e mai assoluti.

<sup>113</sup> R. Martin, *Verità, potere, sé. Intervista a Michel Foucault, 25 ottobre 1982*, in L. H. Martin, H. Gutman e P. H. Hutton (a cura di), *Michel Foucault, Technologie del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992, p.3.

accademico d'impostazione positivista, e dopo l'impatto con il manicomio di Gorizia<sup>114</sup>, quello che Basaglia ricava dalla lettura di Foucault è una più chiara delineazione del mandato politico che la psichiatria, col dispositivo del manicomio, adempie nei confronti della società. Scrive Basaglia:

Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale (risultato della malattia che Burton chiama "institutional neurosis" e che chiamerei più semplicemente istituzionalizzazione); viene immesso cioè in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione.<sup>115</sup>

Infatti, nonostante lo stesso Pinel abbia invocato la libertà per i folli sciogliendoli dalle catene, tuttavia: *"alla fine del XVIII secolo -dice Foucault nella sua recente Storia della follia- non si assiste ad una liberazione dei folli, ma ad un'oggettivazione del concetto della loro libertà."*<sup>116</sup> In sostanza Basaglia, che proprio in quegli anni è molto sensibile anche al pensiero di Sartre e al suo concetto di "condanna a essere liberi", vede nell'uomo istituzionalizzato una totale assenza d'interesse, scopo, futuro e progettualità: un uomo *"distrutto dal potere dell'istituto"*<sup>117</sup>. Per questa ragione: *"la distruzione del manicomio è un fatto urgentemente necessario, se non semplicemente ovvio."*<sup>118</sup>

Nel 1968 esce *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, che ebbe immediatamente sull'opinione pubblica un impatto straordinario, come dimostrano le 50.000 copie vendute solo tra il '68 e il '72. Basaglia non esita ad accettare l'invito degli studenti che vogliono discutere il libro nelle università occupate, allacciando così con il movimento un rapporto intenso, ma anche conflittuale, a causa delle loro forme di protesta spesso esasperate e fuori dai ranghi. In ogni caso, la dirompenza del testo è sotto gli occhi di tutti e, come spiega Franca Ongaro Basaglia nella nota introduttiva<sup>119</sup>, la sua forza innovativa sta in un "no" categorico verso le prerogative mediche, sociali e politiche che l'istituzione manicomiale ha fino a quel momento soddisfatto: no al mandato sociale della psichiatria che tratta il malato come un non-uomo, disumanizzandolo e mortificandolo; no alla codificazione dei ruoli: il malato come irrecuperabile e il medico come carceriere; no alla priorità della malattia sul malato. Occorre mettere tra parentesi la diagnosi e rapportarsi alla persona per quello che manifesta di essere. Su queste negazioni si gioca tutta la partita della distruzione dell'istituzione pur rimanendo al suo interno, poiché la condizione di ogni negazione è la simultanea progettazione di altro. *"L'istituzione è contemporaneamente negata e gestita, la malattia è contemporaneamente messa tra parentesi e curata, l'atto terapeutico viene*

---

<sup>114</sup> *"Quando sono entrato per la prima volta in un carcere ero studente di medicina. Lottavo contro il fascismo e sono stato incarcerato. Mi ricordo della situazione allucinante che mi sono trovato a vivere. C'era un odore terribile, un odore di morte. Mi ricordo di aver avuto la sensazione di essere in una sala di anatomia mentre si dissezionano i cadaveri. Tredici anni dopo la laurea sono diventato direttore di un manicomio e quando vi sono entrato per la prima volta ho avuto quella stessa sensazione. Non c'era odore di merda, ma c'era come un odore simbolico di merda. Ho avuto la certezza che quella era un'istituzione completamente assurda, che serviva solo allo psichiatra che ci lavorava per avere lo stipendio a fine mese. A questa logica assurda, infame del manicomio noi abbiamo detto no."* (F. Basaglia, *Conferenze Brasiliane*, op. cit., p.49.)

<sup>115</sup> F. Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo d'istituzionalizzazione*, in *L'utopia della realtà*, op. cit., p.18.

<sup>116</sup> Ivi, p. 20.

<sup>117</sup> Ibidem.

<sup>118</sup> Ivi, p.19.

<sup>119</sup> F. Ongaro Basaglia, Nota introduttiva alla nuova edizione, in *L'istituzione negata*, op. cit.

*contemporaneamente rifiutato e agito.*”<sup>120</sup>

Basaglia, in sostanza, capisce che per denunciare occorre rimanere dentro, sporcarsi le mani, entrare in discussione in modo viscerale. Con la Giannichedda e non senza un riecheggiare foucaultiano infine possiamo affermare che:

L’istituzione negata non fu solo la denuncia della violenza manicomiale, fu l’analisi della violenza istituzionale, delle sue radici sociali, dei suoi fondamenti scientifici, dei suoi meccanismi di riproduzione, dei nessi tra forme della violenza e della tolleranza, dell’intrico tra potere e sapere a partire dai corpi e dal quotidiano.<sup>121</sup>

## 2.4 Coronamento di un sogno

Dopo l’incontro con l’istituzione, con Goffman e Foucault, Basaglia concorda che il manicomio è solo uno dei tanti teatri in cui vengono riversati i frutti del connubio sapere/potere, la cui massima espressione è individuabile nella disciplina dei corpi: “*isolato, segregato, reso inoffensivo dalle mura che lo rinchiudono, il ricoverato pare assumere un valore al di là di quello umano, fra un animale domestico e inoffensivo e una bestia pericolosa.*”<sup>122</sup> D’altro canto, il riconoscimento della disciplina come strumento di controllo istituzionale è forse uno dei punti d’incontro più eloquenti tra le ricerche di Foucault e l’attivismo di Basaglia: da prospettive e formazioni diverse entrambi manifestano un’incalzante preoccupazione verso quell’ortopedia della soggettività promossa e perpetrata da tutte le istituzioni che, dalla scuola all’ospedale, dalla fabbrica alla prigione, somministrano sui corpi un “principio di realtà” incontrastato, in virtù del quale “essere sani” diventa sinonimo di conformismo e adattamento. In una sezione de *L’istituzione negata* denominata *Le istituzioni della violenza* Franco Basaglia redige una vera e propria lista delle più consuete situazioni sociali in cui in cui la trasmissione della violenza dall’istituzione ai corpi avviene in maniera del tutto spontanea e naturale. Per dirne alcune: l’ammassare su un letto d’ospedale più corpi di persone cosiddette “catatoniche”, che in quanto tali non sentiranno -si pensa- il fastidio e l’estrema vicinanza dell’altro; obbligare in un asilo i bambini a stare seduti, fermi e senza parlare, per non subire la punizione di stare a lungo con le braccia sollevate, il che è molto doloroso; stracciare in una scuola media il disegno di un ragazzo che nell’ora di disegno ha raffigurato un cigno che cammina, mentre i cigni stanno nell’acqua. E si potrebbe continuare a oltranza, prendendo in esame tutti i poli di potere che amministrano la nostra società. Insomma ciò che accomuna tutte queste situazioni è *la violenza esercitata da chi ha il coltello dalla parte del manico nei confronti di chi è irrimediabilmente succube*<sup>123</sup>, la separazione evidente tra chi ha il potere e chi non ce l’ha.

Nel saggio *Un problema di psichiatria istituzionale*, Basaglia considera l’esclusione come il più palpabile e drammatico effetto dell’istituzionalizzazione, ma anche come una categoria al di là dell’umano che ha attraversato la storia in modo inesorabile, magari con dispositivi diversi, ma con i medesimi meccanismi d’isolamento e sopraffazione:

L’analisi di Goffman del ricoverato negli ospedali psichiatrici o quella di Franz Fanon sulla condizione del negro, o quella ancora di Primo Levi sul prigioniero dei campi di eliminazione nazisti, parlano tutte lo stesso linguaggio perché

---

<sup>120</sup> F. Basaglia, *Il problema della gestione*, in *L’istituzione negata*, op. cit. , p. 371.

<sup>121</sup> M. G. Giannichedda, Introduzione, in F. Basaglia, *L’utopia della realtà*, op. cit. , p. XXVI.

<sup>122</sup> F. Basaglia, *La distruzione dell’ospedale psichiatrico come luogo d’istituzionalizzazione*, op. cit. , p. 19.

<sup>123</sup> F. Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, in *L’istituzione negata*, op. cit. , p. 115.

si riferiscono tutte allo stesso fenomeno. [...] Prescindendo dalla malattia in sé, è evidente che si tratta qui del medesimo fenomeno di esclusione; il che significa che quando si parla della condizione asilare del malato mentale, la malattia si trova ad avere un valore puramente accessorio.<sup>124</sup>

Chiarisce ulteriormente Foucault, sempre in occasione della conferenza a Montréal del 1973 di cui si parlava sopra, parlando di lotta alla violenza in maniera estremamente diretta e consapevole del vento di discussioni in corso:

Mi sembra, in ogni caso, che tutte le grandi scosse che hanno colpito la psichiatria della fine del XIX secolo non abbiano tanto messo in questione il sapere dello psichiatra, ma abbiano soprattutto messo in questione, più che il suo sapere, più che la verità di quello che diceva, il potere dello psichiatra e il modo in cui lo psichiatra non tanto enuncia o non enuncia la verità della malattia, ma produce la malattia, in virtù dell'esercizio stesso del suo potere. E da Bernheim a Laing o a Basaglia in questione è stato il modo in cui il potere del medico risultava implicato nella verità e, inversamente, il modo in cui la verità, enunciata dallo psichiatra, poteva essere fabbricata o compromessa o truccata dal potere. Cooper ha detto: "La violenza è al cuore del nostro problema" e Basaglia: "La caratteristica fondamentale di queste istituzioni: fabbrica, ospedale, scuola, manicomio, è una separazione netta tra coloro che hanno il potere e coloro che non ce l'hanno." [...] Tutta la psichiatria moderna è fondamentalmente attraversata dall'antipsichiatria e chiamo e intendo con antipsichiatria – cercando di darle una definizione di cui non dico che sia vera né che sia rigorosa ma almeno che sia comoda – tutto ciò che rimette in questione il ruolo di uno psichiatra, che un tempo era incaricato di produrre la verità della malattia nello spazio dell'ospedale. [...] Credo che ci siano in fondo tanti tipi di antipsichiatria quante sono le possibilità di modificare il rapporto di potere che esiste e che è stato storicamente instaurato tra lo psichiatra, il malato e la produzione della follia nella sua verità.<sup>125</sup>

In questo passaggio troviamo un'esplicitazione lucida e concreta delle ragioni per cui la distruzione dell'ospedale psichiatrico non solo appare a Basaglia necessaria, ma soprattutto assolutamente urgente. Non è affatto in gioco la negazione della malattia, della psichiatria o dello psichiatra, come hanno voluto credere allora e talvolta ancora oggi alcuni detrattori di Basaglia, ma si tratta di rimettere in discussione il potere di verità che l'istituzione manicomiale rivendica sul malato, attraverso quella crosta di tecnicismi che gli è propria, dal camice alla cartella clinica, dalla diagnosi alla terapia. L'istituzione esercita potere e la produzione della verità è la sua espressione più sintomatica. In questo senso, esisterebbero tanti modi per "essere" -per così dire- "tacciati di antipsichiatria" quante sono le possibilità di mettere in crisi il triangolo psichiatria, psichiatra e produzione della verità sulla malattia: quanto più il rapporto tra il medico e la persona è intermediato dalla diagnosi e dalla cartella clinica, tanto più il potere di verità dell'istituzione ha possibilità espressiva.

Inoltre, consegue da quanto affermato da Foucault che, ricorrendo all'etichetta sbrigativa di 'antipsichiatria', non si fa altro che reiterare quel desiderio di sintesi e diagnosi, proprio dell'istituzione, quando la questione richiederebbe un'osservazione assai più capillare e acuta. Basta davvero la semplice messa in discussione per meritare il banale confinamento sulla sponda opposta del problema?

Ma secondo un filone di pensiero, per chi scrive assai poco originale e consistente, l'incontro tra le ricerche di Foucault e le imprese di Basaglia fu una sorta di colpo di grazia o coronamento finale del "sogno antipsichiatrico". Questa è per esempio la posizione che trapela da *La razionalità negata* in cui Giovanni Jervis considera la cosiddetta "legge Basaglia" fortemente basata sull'ideologia antipsichiatrica dominante. Ecco come si esprime in proposito:

---

<sup>124</sup> P. Di Vittorio, *Foucault e Basaglia*, ombre corte, Verona, 1999, p.62.

<sup>125</sup> M. Foucault, *Storia della follia e antipsichiatria*, op. cit. , p. 101.

Seguendo le idee di Foucault l'internamento psichiatrico era considerato espressione di una perversa architettura di potere, e più precisamente un'emanazione del potere capitalista e borghese. Questo potere -così si sosteneva- aveva bisogno di bollare come anormali gli individui che si trovavano a essere vittime di processi di discriminazione sociale. Nella stessa ottica gli antipsichiatri italiani ribadivano che, finché non fosse stato sciolto il nodo maligno della psichiatria come istituzionalizzazione del pregiudizio sociale, e finché la psichiatria non fosse stata sconfitta come sistema ideologico medicalizzante e come apparato repressivo, i sottostanti problemi scientifici, clinici e psicologici dei pazienti non si sarebbero mai chiariti.<sup>126</sup>

Il riduttivismo è estremo. La partita della legge Basaglia, datata 1978, si sarebbe giocata sulle spalle del più tipico ideologismo antipsichiatrico "alla Foucault", la cui principale peculiarità può rintracciarsi nell'accanimento verso il potere che il filosofo francese mette a fuoco nei suoi studi. Ebbene, l'ingerenza di Foucault nel lavoro di Basaglia costò a quest'ultimo il sospetto di un filosofeggiamento estremo, di cui tra l'altro era stato già tacciato ai tempi dell'università, quando leggeva Husserl e Sartre e parlava di fenomenologia ed esistenzialismo. Il dado è tratto! Anche Franco Basaglia entra nello schieramento dell'antipsichiatria.

Alla fine degli anni '70, in un'intervista di Piero Dal Moro, a Franco Basaglia viene chiesto cosa pensi dell'antipsichiatria, a dieci anni dalla sua nascita.

L'antipsichiatria sta per compiere dieci anni, dieci anni difficili pieni di lotte, e forse anche qualche volta di contraddizioni, lotte che comunque hanno consentito di abbattere molte delle strutture manicomiali tradizionali. Professor Basaglia qual è oggi la reale situazione della psichiatria in Italia?

Ed ecco la risposta di Franco Basaglia:

Intanto, prima di tutto vorrei dire che questo bambino, l'antipsichiatria, che compie 10 anni, è un bambino che non esiste, esiste solo nella testa delle persone, perché questa parola ha avuto un grande successo dal punto di vista ideologico più che pratico. Noi non siamo mai stati antipsichiatri; noi siamo stati operatori che hanno agito sul campo reale, delle istituzioni pubbliche, per dare al cittadino che soffre una risposta alternativa alla violenza e alla repressione del manicomio. Le istituzioni della psichiatria in Italia sono ancora a una situazione molto regredita almeno da un punto di vista reale, da quel che riguarda le istituzioni pubbliche. I manicomi in Italia sono ancora com'erano 30 anni fa. Quel che è importante è che si sia realizzato un movimento, che si metta dalla parte di chi non ha, non dalla parte di chi ha. E allora questo è un movimento per la liberazione dell'uomo, fa molta fatica a maturare e non solo nel campo della psichiatria. Ecco perché allora noi diciamo che la scienza è politica. Proprio perché è legata a un movimento politico che cresce e che crea una scienza nuova, in riferimento ai bisogni dell'uomo, una scienza che non dà delle risposte preformate, ma delle risposte individuali, a ogni persona che chiede qualcosa.

Le parole di Basaglia sono chiare: *"l'antipsichiatria è un bambino che non esiste"*, un artefatto culturale<sup>127</sup>, radicato nell'analisi critica dell'istituzione manicomiale. L'ennesimo errore compiuto da chi ascrive quest'analisi al concetto di antipsichiatria è ancora una volta quello di preoccuparsi più della definizione che del contenuto, della diagnosi più che della cosa in sé: vale a dire i reali bisogni delle persone. Chiarisce ulteriormente il concetto nelle *Conferenze brasiliane*:

Io non faccio parte di nessun movimento antipsichiatrico e rifiuto nella maniera più categorica di essere un antipsichiatra. "Antipsichiatria" non vuol dire niente, è come "psichiatria". Io penso invece di essere uno psichiatra

<sup>126</sup> G. Corbellini, G. Jervis, *La razionalità negata*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008, p.140.

<sup>127</sup> Si veda anche: *"L'antipsichiatria, di cui tanto si parla e si scrive attualmente in Francia, non è infatti riuscita a provocare una crisi nella pratica quotidiana manicomiale, ma è stata incorporata solo sul piano ideologico, come una nuova etichetta utile a teorizzare e a polemizzare su una realtà inesistente."* F. Basaglia, *Introduzione a "Lo psicanalismo"*, in *Scritti II*, op. cit., p.351.

perché il mio ruolo è di psichiatra, e attraverso questo ruolo voglio fare la mia battaglia politica. Per me battaglia politica vuol dire battaglia scientifica, perché noi tecnici delle scienze umane dobbiamo edificare una scienza nuova che deve partire dalla ricerca dei bisogni di tutta la popolazione.<sup>128</sup>

Finalmente si è realizzato un movimento -e questa è la cosa davvero importante- schierato dalla parte di chi non ha. Ecco perché si è spesso creduto che quest'esigenza di abbattere l'istituzione abbia a che fare con la lotta di classe, con chi rivendica diritti. Non si tratta solo di rispondere alle esigenze di queste persone, ma anche di formulare risposte individuali e misurate sulle loro necessità.

Per criticare l'istituzione occorre essere all'interno, intuirne le contraddizioni e adoperarle come humus su cui far fiorire la crisi: è su questo piano che si disputa il confronto tra antipsichiatria e psichiatria antistituzionale.

Chiarisce nel 1988 Franco Rotelli, divenuto Direttore dei servizi di salute mentale di Trieste subito dopo Basaglia:

Cosa è stata l'istituzione da negare? L'istituzione in questione era l'insieme di apparati scientifici, legislativi, amministrativi, di codici di riferimento culturale e di rapporti di potere strutturati attorno ad un ben preciso oggetto per il quale erano state create: la «malattia» cui si sovrappose in più, nel manicomio, l'oggetto «pericolosità». Perché volemmo quella deistituzionalizzazione? Perché per noi l'oggetto della psichiatria può e deve essere non quella pericolosità né questa malattia (intesa come qualcosa che sta nel corpo o nella psiche di questa persona). L'oggetto fu sempre per noi invece l'esistenza-sofferenza dei pazienti ed il suo rapporto con il corpo sociale. Il male oscuro della psichiatria è stato nell'aver costituito istituzioni sulla separazione di un oggetto fittizio, la malattia, dall'esistenza complessiva del paziente e dal corpo della società.

[...] Allora le vecchie istituzioni andavano superate perché culturalmente, epistemologicamente incongrue, (e tali resterebbero le istituzioni previste dai vari progetti di legge di controriforma). La rottura del paradigma fondante quelle istituzioni, il paradigma clinico, fu l'oggetto vero del progetto di deistituzionalizzazione [...]<sup>129</sup>

Le parole di Rotelli anticipano una questione tanto delicata quanto indissolubilmente intrecciata al nodo dell'antipsichiatria: si tratta del concetto di malattia mentale analizzato non dal punto di vista clinico ma esistenziale. Quando Basaglia, sulla scia delle sue letture fenomenologiche, teorizza la messa tra parentesi della malattia, il salto verso la presunta negazione della malattia è breve.

Il malato purtroppo è tuttora legato a una realtà sociale che lo riconosce come un individuo senza diritti. Noi mettiamo tra parentesi questo suo non essere considerato una "persona", così come ne mettiamo tra parentesi la malattia. [...] Non è che noi prescindiamo dalla malattia, ma riteniamo che per avere un rapporto con un individuo, sia necessario impostarlo indipendentemente da quella che può essere l'etichetta che lo definisce. Io ho rapporto con un uomo non per il nome che porta ma per quello che è. Quindi, nel momento in cui io dico: questo individuo è uno *schizofrenico* (con tutto ciò che, per ragioni culturali, è implicito in questo termine), io mi rapporto con lui in modo particolare, sapendo appunto che la schizofrenia è una malattia per la quale non c'è niente da fare: il mio rapporto sarà solo quello di colui che si aspetta soltanto della "schizofrenicità" dal suo interlocutore.<sup>130</sup>

Basaglia, dunque, come s'impegnerà a spiegare che negare l'istituzione non può voler dire negare la psichiatria, così tenterà in ogni modo di dimostrare che accantonare la malattia nello spazio dell'incontro con la persona non può voler dire negarla. La questione non è riconoscere la malattia o non riconoscerla, alla stregua di un dualismo manicheo, ma voler accettare di avere di fronte una persona con dei bisogni o fingere che non sia così. Ancora una volta ritorna la questione già delineata

<sup>128</sup> F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit. , pp.184, 185.

<sup>129</sup> [http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura/L\\_istituzione%20inventata%20.doc](http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura/L_istituzione%20inventata%20.doc)

<sup>130</sup> Introduzione documentaria, in *L'istituzione negata*, op. cit. , pp. 30, 31, 32.

da Foucault: stare con chi subisce il potere o stare con chi lo esercita; essere un amministratore del connubio sapere/potere o essere semplicemente soggetti. Riportiamo a questo proposito un passaggio<sup>131</sup> molto evocativo di Sartre, che nel 1972 dialoga con Basaglia sulla posizione dei tecnici del sapere:

Non si prendono mai le persone come individui da considerare in se stessi; si prendono in rapporto a degli schemi: questo è sano, questo è malato. Tutto ciò non ha alcun significato per noi, e mentre lottiamo contro ogni forma di prigione (il Gruppo d'informazione delle prigioni è un gruppo di intellettuali che si occupano delle carceri e cercano di trasformare il regime carcerario per poterlo sostanzialmente sopprimere in futuro) ci sono persone, che qui in Francia chiamiamo "antipsichiatri", ma il cui fine è esattamente quello cui ho appena accennato: cioè prendere gli individui in quanto tali, il che è una forma dell'universalità (coloro che li criticano credono sia individualismo; in realtà è una forma di universalismo) e provare a dar loro una forma più sociale di contestazione, senza per altro mutare nulla dell'individuo.

Per Sartre in pratica l'antipsichiatria detiene una cattiva intenzione universalizzante, entro la quale le persone non sono trattate da individui in quanto tali, ma come prodotti dell'universalismo categorizzante: questo è sano, questo è malato. Al contrario, fare del buon universalismo significa astrarre dal particolare ciò che accomuna ogni uomo ad un altro nei suoi bisogni senza con questo mutare la sua individualità.

Pertanto, Basaglia riconosce che se la psichiatria, curandosi della malattia, nega l'individualismo, l'antipsichiatria compierebbe un doppio errore nel negare l'universalismo dell'individuale, ovvero la rivendicazione sociale e politica delle proprie necessità e quindi anche la stessa malattia. Ne possiamo avere un esempio evidente nel pensiero e nell'opera di Thomas Szasz. Di origine ungherese, emigrato negli Stati Uniti, compone nel 1960 il saggio *Il mito della malattia mentale*. Rappresentando la malattia mentale come pura costruzione mitologica, Szasz ne compie un'astrazione sia dall'universale che dall'individuale. Così se da una parte il soggetto cessa di essere il padrone della sua malattia, dall'altra la malattia viene svuotata di tutti i significati soggettivi, particolari ed esistenziali. Secondo Szasz la malattia mentale non può dirsi propriamente tale in quanto priva dei connotati organici e fisici di tutte le altre malattie. Non essendo visibili disturbi strutturali o funzionali, né manifestazioni corporee, è per Szasz assodato che la malattia mentale abbia a che fare più con le difficoltà di vivere e stare in armonia con le norme che con un'alterazione vera e propria della salute. Afferma in un'intervista:

La mente non è un organo o una parte del corpo: di conseguenza non può essere malata nello stesso senso in cui può esserlo il corpo. Quando parliamo di malattia mentale, dunque, parliamo metaforicamente. Quando la metafora viene scambiata per realtà e viene poi utilizzata a fini sociali, si ha la creazione di un mito. Io ritengo che i concetti di salute mentale e di malattia mentale siano concetti mitologici, usati strategicamente per favorire alcuni interessi sociali e danneggiarne altri, nello stesso modo in cui nel passato ci si è serviti del mito della nazione e di quello religioso.<sup>132</sup>

Malgrado si sia spesso erroneamente compiuta la sovrapposizione tra queste posizioni e la critica alle istituzioni descritta sopra, la distanza tra i due orientamenti è pressoché evidente, tant'è che, nel 1976, Foucault commenterà così: "*gli psichiatri vendono caro lo statuto di malati che davano ai loro clienti. Szasz vende un po' di non-malattia a persone che si considerano malate. Il problema invece è: bisogna necessariamente vendere le cose preziose?*"<sup>133</sup> Con l'ironia di questa domanda in sostanza si esplicita un messaggio molto importante: tra i due poli opposti del problema, riconoscere e trattare

<sup>131</sup> La conversazione tra Basaglia e Sartre occupa il punto 3 del testo *Crimini di pace*, in *L'utopia della realtà*, op. cit., p.236.

<sup>132</sup> *Intervista con Thomas Szasz, The New Physician* (a cura di), in *L'altra pazzia*, op. cit., p. 269.

<sup>133</sup> *L'estensione sociale della norma*, intervista di P. Werner a M. Foucault, in M. Foucault, *Follia e psichiatria*, op. cit. p.134.

la malattia mentale o negarla, non si può evitare lo schieramento forzato, la presa di posizione necessaria? Non occorre essere “fuori” per essere “critici”: la sola condizione per cambiare la realtà è essere dentro, nella crisi e nelle contraddizioni degli scenari che cambiano.

Che l'epoca storica, da diverse prospettive e porzioni geografiche, sia stata fertile di critiche e contestazioni non deve trarre in inganno: il messaggio della psichiatria antistituzionale è ben preciso, e, proprio in virtù di questa sua intrinsecità, non solo non si presta a essere accomunato ad altri fenomeni culturali più astratti e meno tangibili, ma soprattutto dilata il suo sguardo a ulteriori ambiti della realtà in cui tendono a ripetersi i medesimi meccanismi d'istituzionalizzazione, repressione e controllo.

## 2.5 Il sugo della storia e il sapore di oggi

Se nella trattazione si è riusciti nell'intento di svuotare il concetto di antipsichiatria dalle contraddizioni e le false paternità attribuitegli nel tempo, allora è possibile affermare che più che un movimento, con una precisa anima teorica e una pratica altrettanto dettagliata, l'antipsichiatria è stata un'etichetta rilasciata sbrigativamente da chi guardava con sospetto i tentativi di distanziamento dall'ortodossia psichiatrica. In questi termini, c'è stata, c'è e continuerà ad esserci 'antipsichiatria' ogni volta che la cura è stata, è e sarà scambiata per esercizio puro della sopraffazione e dell'emarginazione sociale: per questo tipo di amministratori del potere aleggerà sempre l'ossessione - è proprio il caso di dirlo - di vedere ovunque falsi profeti predicare una scienza antitetica alla loro. A voler essere precisi, l'esercizio del potere è d'altronde il polo opposto del prendersi-cura, per cui:

(...) non è vero che lo psichiatra ha due possibilità, una come cittadino dello Stato e l'altra come psichiatra. Ne ha una sola: come uomo. E come uomo io voglio cambiare la vita che faccio, e per questo voglio cambiare l'organizzazione sociale, non con la rivoluzione ma semplicemente esercitando la mia professione di psichiatra. Se tutti i tecnici esercitassero la loro professione, questa sì che sarebbe una vera rivoluzione...<sup>134</sup>

Il primo effetto che scaturisce dalle parole di Basaglia è un allineamento tra il medico e il malato nell'essere uomo. Da questa consapevolezza ha inizio la trasformazione e in questa stessa consapevolezza si risolve. Occorre che il medico si ponga di fronte al paziente come appunto un uomo egli stesso: con una fragilità di certezze e una disponibilità a problematizzare la pratica, che renda insomma impossibile l'istaurarsi di una distanza tra i due.

Il primo passo verso la rivoluzione di cui parla Basaglia è rappresentato da quella formulazione di domande che i tecnici (e non solo i tecnici) hanno il dovere di porsi. Che cos'è la follia? Che cos'è la psichiatria? Chi è lo psichiatra? Il più auspicabile destino di una società è l'interrogazione incalzante, la dialettica vivace, il confronto bruciante. Questo particolare modo di fare scienza, caratterizzato da evidenti connotati genealogici, è, per dirla con Basaglia, l'altra faccia della politica, la vera politica, contraddistinta da un'indiscussa onestà culturale. L'atteggiamento genealogico è sempre apparentemente antiscientifico poiché realizza delle vere e proprie prese di posizione contro il sapere dominante. Insorge contro lo stato attuale delle cose rivolgendo lo sguardo al passato. È stata teorizzata la distruzione del manicomio dal momento in cui, tornando indietro a domandarsi che cosa fosse la follia e da dove discendesse, ci si è accorti di non avere risposte concrete. Non vi erano

---

<sup>134</sup> F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit. p.166.

ragioni scientifiche per cui tenere in piedi quest'istituzione: la genealogia di Foucault e Basaglia è culminata nella negazione del manicomio, senza che da questo gesto scaturisse la delineazione di una nuova teoria alternativa alla precedente, né tanto meno una negazione della psichiatria o della malattia mentale, come ha voluto sostenere chi si è accomodato su letture semplicistiche e approssimative. Tanto Basaglia quanto Foucault hanno avuto il merito di non essere né mai approdati a una teoria definitiva sul soggetto, né di conseguenza sulla follia<sup>135</sup>, che al soggetto appartiene in modo ineluttabile. Se mai si volesse parlare di un incontro tra le ricerche di Foucault e la militanza di Basaglia, si può forse dire che è stata la genealogia a fissare questo appuntamento, nella misura in cui chi non accetta di subire la realtà ha bisogno d'indagarla, e non tanto per una radicale tensione rivoluzionaria, quanto per mostrare le infinite possibilità del presente, dalle quali ricavare almeno la speranza di un futuro diverso.

A proposito di futuro. Un anno prima di morire, Basaglia tenne in Brasile un ciclo di conferenze, le note "conferenze brasiliane". Nella conferenza di San Paolo del giugno 1979, dopo aver tracciato un'analisi complessa e articolata dell'istituzione che in Italia si è trattato di abbattere, parla con evidente preoccupazione di quello strascico residuo del manicomio che sono gli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), le case dei rei-folli o dei folli-rei:

In Italia funzionano oggi cinque manicomi giudiziari: vere fosse dei serpenti, con persone legate ai letti o chiuse in isolamento per mesi. Circa quattro anni fa, in uno di questi, una donna<sup>136</sup> morì bruciata, legata al letto di contenzione. Ci fu uno scandalo. Il governo promise di chiudere i manicomi giudiziari che naturalmente sono rimasti aperti e funzionanti.<sup>137</sup>

Rimandando alla nota<sup>138</sup> una breve delineazione storica di questa istituzione, vogliamo concentrarci

---

<sup>135</sup> "Io ho detto che non so che cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. E' una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per darsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece questa società riconosce la follia come parte della ragione, e la riduce alla ragione nel momento in cui esiste una scienza che si incarica di eliminarla. Il manicomio ha la sua ragione di essere, perché fa diventare razionale l'irrazionale. Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come sciogliere questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita." (F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit. , p.34.)

<sup>136</sup> Si tratta di Albina Bernardini, morta su un letto di contenzione il 5 marzo 1975 nel manicomio giudiziario di Pozzuoli, che fu chiuso dopo qualche tempo.

<sup>137</sup> F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit. , p. 66.

<sup>138</sup> Le radici storiche del manicomio giudiziario italiano vanno rintracciate nel finire del XIX secolo, quando si avverte l'esigenza di creare apposite strutture in cui internare malati di mente responsabili di reati. Nella fattispecie, sono due le tipologie di individui da prendere in esame: i folli-rei, vale a dire chi viene riconosciuto affetto da disturbi psichici prima ancora di commettere un misfatto e i rei-folli, ovvero chi lo è divenuto in seguito ad internamento carcerario. Entrambe queste categorie sociali sono ritenute fonte di disordine e pericolo sociale.

Il primo manicomio giudiziario nel nostro Paese è stato realizzato nel 1876, quando l'amministrazione carceraria allestisce, presso la Casa penale per invalidi di Aversa, la "Sezione per maniaci": è una decisione di ordine amministrativo interno, giacché allora non esisteva ancora alcuna legge che deliberasse in merito.

Nemmeno il successivo codice penale Zanardelli del 1889 è provvisto di una qualche normativa inerente al manicomio giudiziario: solo vi compariva un Articolo, il 46 nello specifico, legiferante sul proscioglimento per infermità mentale.

Dopo Aversa, nel 1886 è la volta di Montelupo Fiorentino; nel 1892 di Reggio Emilia; di Napoli nel 1922; di Barcellona Pozzo di Gotto nel 1925 e nel 1955 di Pozzuoli. Infine, anche a Castiglione delle Stiviere, Imola e Volterra vengono realizzate apposite sezioni giudiziarie all'interno degli ospedali psichiatrici civili.

Il manicomio giudiziario è ormai un'istituzione affermata. Solo col r.d. 1° Febbraio 1891, a ben quindici anni dalla sua nascita, ne si emana la normativa generale. Per la prima volta è giuridicamente utilizzato il termine 'manicomio giudiziario' e stabilito chi vi debba accedere.

Nell'anno 1904, come noto, viene compilata la normativa sui manicomi civili rimasta intatta fino al 1978: al malato di mente, riconosciuto portatore di pericolosità e pubblico scandalo, viene definitivamente assegnato il ricovero manicomiale come sua imprescindibile collocazione sociale. Nessun cenno sul manicomio criminale.

adesso sui principali aspetti che, dalla fine degli anni '70 ad oggi, hanno animato il dibattito riguardante la sua vuotezza terapeutica e riabilitativa.

Nel paese che per primo ha mostrato di saper fare a meno dei manicomi, la persistenza dell'ospedale psichiatrico giudiziario ha rappresentato per anni una piaga sociale e culturale non indifferente. La discrepanza, tuttavia, non si è registrata solo nel confronto con il superamento del manicomio civile, ma anche rispetto all'assetto normativo e organizzativo assunto dall'Italia all'indomani della seconda guerra mondiale. Il Codice penale di epoca fascista, il Codice Rocco, nella sua regolamentazione del vizio di mente e della misura di sicurezza con conseguente invio in ospedale psichiatrico giudiziario, entrava ed entra tuttora inesorabilmente in contraddizione con la Costituzione della neonata repubblica italiana. Nella fattispecie la polemica è stata ed è molto accesa in relazione agli articoli 3, 24 e 32<sup>139</sup> della nostra Carta fondamentale. Come coniugare la tutela della salute pubblica, dell'assistenza e l'incentivazione della rieducazione con i drammatici meccanismi di emarginazione e abbandono propri dell'ospedale psichiatrico giudiziario e del suo apparato di regolamentazioni? Procediamo per gradi. Secondo il Codice penale, l'invio in ospedale psichiatrico giudiziario è previsto per imputati sottoposti a perizia psichiatrica tesa a valutare la capacità d'intendere e di volere al momento del reato; per condannati con una sopraggiunta infermità psichica; per soggetti sottoposti a misura di sicurezza provvisoria nella fase istruttoria o altre fasi del giudizio. L'applicazione provvisoria della misura di sicurezza, regolata dall'art. 206<sup>140</sup> del c.p., consegue al dubbio del giudice che l'imputato manifesti una qualche alterazione mentale (infermità, uso di sostanze, abuso di alcol) per cui riesca di pericolosità sociale da prevenire debitamente. *Il giudice, di fronte alla necessità di trattenere l'indagato in carcere (custodia cautelare), di fronte al sospetto di un disturbo mentale e alla presenza determinante della pericolosità sociale, può applicare la misura di sicurezza provvisoria.*<sup>141</sup> L'articolo 208<sup>142</sup> invece legifera sulla proroga della reclusione per un numero di volte

---

Nel periodo fascista i manicomi giudiziari divengono prerogativa assoluta del regime: avversari, detrattori e oppositori politici non isolabili nel carcere o nel manicomio civile vengono reclusi in questi istituti in cui trovano applicazione le misure di sicurezza introdotte dal nuovo codice penale del 1930, detto "Codice Rocco", oggi ancora in vigore. Durante l'età fascista, l'escalation di ricoveri in manicomio giudiziario, raggiunge il culmine nell'anno 1941, quando i detenuti ammontano a 3432.

Con la legge n.354 del 26 luglio 1975, all'art.62 i manicomi giudiziari cambiano la loro denominazione in 'ospedali psichiatrici giudiziari', mentre non vengono minimamente toccati né dalla legge di riforma della psichiatria (L.180/78), né dall'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale dello stesso '78. Tuttavia, a partire da questo momento prende vita da più frange una critica sempre più incalzante ai capisaldi teorico-giuridici giustificanti l'esistenza e il funzionamento dell'Opg.

<sup>139</sup> Art. 3 "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali."

Art. 24 "Tutti possono agire in giudizio per la tutela dei propri diritti e interessi legittimi."

Art. 32 "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

<sup>140</sup> Articolo 206 *Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza* "Durante la istruzione o il giudizio, può disporsi che il minore di età, o l'infermo di mente, o l'ubriaco abituale, o la persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti, o in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool o da sostanze stupefacenti, siano provvisoriamente ricoverati in un riformatorio, o in un manicomio giudiziale, o in una casa di cura e di custodia. Il giudice revoca l'ordine, quando ritenga che tali persone non siano più socialmente pericolose. Il tempo dell'esecuzione provvisoria della misura di sicurezza è computato nella durata minima di essa."

<sup>141</sup> P. Dell'Acqua, S. D'Autilia, *Crimini di pace: articolo 206 del Codice penale*, <http://www.news-forumsalutementale.it/crimini-di-pace-articolo-206-del-codice-penale/>

<sup>142</sup> Articolo 208 *Riesame della pericolosità*. "Decorso il periodo minimo di durata, stabilito dalla legge per ciascuna misura di sicurezza, il giudice riprende in esame le condizioni della persona che vi è sottoposta, per stabilire se essa è ancora socialmente pericolosa. Qualora la persona risulti ancora pericolosa, il giudice fissa un nuovo termine per un esame

pari al dubbio del giudice che le condizioni della persona, in fase di riesame, risultino ancora socialmente pericolose. Relativamente alla durata del ricovero in Opg, il Codice, non esprimendosi sul tempo massimo, prefissa il decorso minimo (art.222)<sup>143</sup> da correlare a sua volta con la pena edittale massima prevista per il reato commesso, e a scadere del quale la situazione torna nelle mani del riesame giudiziario.

È evidente, a fronte di questi elementi, la grandezza del dibattito sotteso. Per prima cosa occorre riflettere sul concetto d'incapacità d'intendere e di volere (artt. 85,88,89)<sup>144</sup>: come si vede, la legge italiana tutela la non imputabilità in casi d'infermità mentale, ma non si esprime in specifico su quel che debba intendersi per 'non in grado d'intendere e volere'. Con quali variazioni qualitative e quantitative della coscienza? Con la concomitanza di quali situazioni? Su quali limiti temporali? E in relazione a cosa? Rispetto all'oggetto dell'intenzione, all'atto concreto, o alla potenzialità di agire? È possibile infatti che il compimento di un gesto esuli dall'intenzione a compierlo o che viceversa l'intenzione a compierlo produca il risvolto pratico. Questi interrogativi divengono ancora più accesi se si considera che la perizia psichiatrica si compie nella fase istruttoria del processo penale, quando, disposto il provvisorio e precauzionale internamento, il perito psichiatra è chiamato a dire, malgrado la distanza di tempo intercorsa, se l'imputato disponesse o meno di capacità d'intendere e volere al momento del fatto-reato, in un giudizio retroattivo assai anacronistico e supposto.

Non è connotato da minori contraddizioni il concetto di pericolosità sociale, in prima istanza perché, come si è visto, il perito si pronuncia in proposito nonostante il lasso di tempo trascorso dal compimento del fatto; secondariamente perché è assolutamente anticostituzionale presumere che la rilevata pericolosità abbia sicuramente la medesima durata temporale della misura di sicurezza comminata in relazione; e infine perché il riesame, culminante in una proroga o una cessazione della misura di sicurezza, non può per le stesse ragioni rivendicare lungimiranza e un'indiscussa prevedibilità in proposito.

La sentenza della Corte Costituzionale n. 139/1982 si esprime proprio su questo fronte, dimostrando l'inconsistenza giuridica e disciplinare della misura di sicurezza, dal momento che la pericolosità sociale non può essere definita una volta per tutte, né può in modo meccanico essere associata alla malattia mentale pregressa, presente o presunta. Parimenti non può dipendere da situazioni di povertà, fragilità di reti sociali e relazionali di sostegno, mancanza di servizi sociali o sanitari, uso di sostanze,

---

ulteriore. Nondimeno, quando vi sia ragione di ritenere che il pericolo sia cessato, il giudice può, in ogni tempo, procedere a nuovi accertamenti.”

<sup>143</sup> Articolo 222 *Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario*. “Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un ospedale psichiatrico giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza. La durata minima del ricovero nell'ospedale psichiatrico giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di morte o l'ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni.

Nel caso in cui la persona ricoverata in un ospedale psichiatrico giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nell'ospedale psichiatrico. [...]”

<sup>144</sup> Articolo 85 *Capacità d'intendere e di volere*. Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità d'intendere e di volere.

Articolo 88 *Vizio totale di mente*. Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere.

Articolo 89 *Vizio parziale di mente*. Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare gradatamente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita.

abuso di alcol, comportamenti eccentrici o disturbanti, ipotesi di cronicità o ricorsività.<sup>145</sup> La Corte vuole insomma scongiurare il rischio di automatismi istituzionali, in conseguenza dei quali le persone non trovano effettiva riabilitazione e reintegrazione, ma più che altro un sistema giudiziale stagno<sup>146</sup> e senza via d'uscita.

Quel che si contesta è non solo il deterministico legame malattia mentale-pericolosità sociale, ma anche malattia mentale-reato. Come se una persona affetta da disturbo mentale possa sicuramente o comunque in percentuale maggiore rispetto a un "sano" macchiarsi di reato e quindi divenire pericoloso socialmente. Una discriminazione non da poco.

L'occasione è quindi utile sia per precisare che non esistono rapporti certi di corrispondenza tra malattia mentale e pericolosità sociale, sia per affermare che il più delle volte le persone affette da disturbo mentale non sono responsabili di reati gravi, ma d'illeciti anche di entità lieve, che però devono pagare con la reclusione in queste istituzioni, anziché subire un normale processo, con un consueto diritto a una difesa, poiché qualcuno li ha dichiarati non in grado d'intendere e volere.

Gli studi e le ricerche condotti in questo ambito ormai confermano questo dato e collocano al 0,1-0,2%<sup>147</sup> il numero delle persone con un disturbo psichiatrico severo che nel corso di un anno incorrono in una sanzione per aver commesso azioni penalmente perseguibili.

Una rigorosa ricerca<sup>148</sup> condotta negli Stati Uniti tra il 2001 e il 2009 da parte di un team di studenti e professori dell'Università del North Carolina ha preso in esame un campione di 35.000 cittadini americani, valutando la concomitanza di disturbo mentale ed eventuale compimento di reati. I risultati della ricerca hanno sostanzialmente smentito la diffusa percezione che la malattia mentale si possa ritenere tra le prime cause di comportamenti violenti. Il disturbo mentale, anche se grave, non può in alcun modo essere associato a futuri atti violenti, per cui tracciare anche solo una minima prevedibilità di pericolosità sociale. Al contrario, quest'ultima è risultata legata a situazioni contestuali, fattori politico-economici o elementi della storia individuale già presenti o insorti nel frattempo.

Il lavoro di deistituzionalizzazione consumatosi nel nostro paese non smette d'insegnarci che *"il disturbo mentale accade in una singolare e irripetibile convergenza di fatti e fattori molteplici, diversi e diversamente presenti nel corso del tempo. Siamo certamente debitori al nostro assetto genetico e somatico e tuttavia acquista un valore prevalente quello che ci accade in termini economici, sociali, relazionali e culturali nel corso della vita."*<sup>149</sup> Sarebbe assolutamente più coerente con i capisaldi della nostra Carta costituzionale che il dispositivo della misura di sicurezza prescindesse dalle condizioni mentali della persona e che la pericolosità sociale non fosse il contraltare dell'incapacità d'intendere e volere.

Si vuole in sostanza auspicare che la responsabilità civile e penale venga riconosciuta all'infermo di mente, nella stessa maniera e misura in cui viene riconosciuta a un soggetto dotato di capacità d'intendere e volere. La giustizia si occupi del reato e la psichiatria della persona! Spingersi fino al riconoscimento della responsabilità per autori di reato affetti da disturbo mentale noto o sopraggiunto è una tra le sfide che la psichiatria contemporanea dovrebbe cogliere, quanto meno per dimostrare di

---

<sup>145</sup> Non è difficile cogliere a questo proposito gli echi rumorosi del drammatico biodeterminismo lombrosiano.

<sup>146</sup> Si vedrà a questo riguardo nel prossimo capitolo il concetto di 'manicomio diffuso'.

<sup>147</sup> Cfr. E. Walsh, T. Fahy, *Violence in society. Contribution of mental illness is low*, British Medical Journal, vol. 3257, settembre 2002.

<sup>148</sup> Cfr. E. Elbogen – S. Johnson, *The intricate link between violence and mental disorder*, Archives of General Psychiatry, National Library of Medicine National Institutes of Health, vol.66, n.2, 2009.

<sup>149</sup> P. Dell'Acqua, S. D'Autilia, *Abbandonare quei luoghi, abitare le soglie*, Rivista italiana di Medicina legale e del diritto in campo sanitario, Giuffrè editore, Milano, 2013/n.3, pp.1356-1375.

voler effettivamente offrire strumenti di reintegrazione e adattamento sociale. È d'altronde questa la finalità della misura di sicurezza nella sua garanzia di cura e riabilitazione del soggetto.

Due sentenze della Corte Costituzionale, n.253/2003 e n.367/2004, hanno dichiarato incostituzionale il ricovero in Opg e non in linea con quanto previsto dalla riforma sanitaria nel nostro paese. Le cure devono avvenire in ambito territoriale e l'internamento in Opg, non solo non offre alcunché di terapeutico, ma dimostra di essere addirittura dannoso per il progresso civico e culturale di una società, che più di 35 anni fa si era lasciata alle spalle meccanismi istituzionali umilianti e degradanti. Si capisce come la persistenza dell'Opg oggi è ancora più grave e, come disse già Basaglia alla fine degli anni '70, pare voglia coprire le spalle a quella psichiatria che continua ad agire come se una legge di riforma non ci sia stata.

Un secondo filone della critica all'Opg riguarda le deprecabili condizioni ambientali di queste strutture. Sporco, umidità, lenzuola putride, vetri rotti, intonaci scrostati, muri cadenti, termosifoni non funzionanti, malodore, bagni inagibili. Alcuni detenuti riferiscono che si è costretti a prendere la terapia anche se non si hanno problemi mentali; se ti ribelli finisci nella scioccante camera di costrizione, dove rimani legato nudo per giorni: è quello che riprendono nel 2010 le telecamere della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, realizzando delle visite ispettive in queste strutture e comprovando un generalizzato disagio delle condizioni igienico-sanitarie e clinico-assistenziali. Sono ripresi ricoverati fortemente sedati costretti a vivere in situazioni ambientali di estremo degrado.

L'Opg è l'ennesima delle istituzioni totali, per la sua capacità di negare, mortificare e annientare i corpi, esibendo un potere sconfinato sul singolo sentire.

Sono occorsi anni di campagne di sensibilizzazione da parte di gruppi e associazioni per ordinare almeno sulla carta la chiusura di questa struttura. L'iniziale data ultima era stata fissata per il 31 marzo 2013, ma poi, in seguito all'impreparazione dei territori e ai ritardi amministrativi è stata necessaria una proroga. Le regioni non erano preparate a farsi carico ciascuna dei suoi internati, realizzando strutture e progetti che potessero effettivamente dire addio al ricovero in Opg. L'intento era quello di creare uno staff assistenziale effettivamente impegnato nella riabilitazione di queste persone, malgrado la persistente rete di vigilanza esterna.

Non è difficile comprendere come una simile progettazione abbia ben presto innescato il dubbio che, al di là della variazione di nome (da Opg a Rems<sup>150</sup>) e il passaggio da pochi e grandi manicomi a molti e più piccoli, tuttavia potessero ripetersi le medesime dinamiche d'istituzionalizzazione ed emarginazione sociale.

La vera alternativa sarebbe stata rappresentata da progetti riabilitativi individuali studiati sulle singole esigenze delle persone con il sostegno sulle 24 ore del Dipartimento di salute mentale d'utenza, per lavorare in sinergia sui piani terapeutici delle peculiari situazioni, prescindendo da logiche strutturali e concentrandosi finalmente sull'importanza del percorso, sull'emancipazione della persona, sulla reintegrazione, l'inclusione sociale e in una parola sulla ripresa.

Finalmente, il 31 marzo 2015, dopo l'impegno di diversi gruppi, perlopiù raccolti attorno al movimento *Stopopg*, è stata imposta per legge (L.81/2014) la chiusura di queste strutture. Per le persone autrici di reato con una storia di disturbo mentale noto o sopraggiunto dovranno essere usate misure alternative all'internamento e alla proroga della misura di sicurezza, per scongiurare il rischio dei cosiddetti "ergastoli bianchi"; non dovrà più accadere che l'assenza di strutture assistenziali e la carenza di percorsi alternativi comporti l'attribuzione della pericolosità sociale; la presa in carico

---

<sup>150</sup> Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza.

spetterà alle regioni e ai suoi servizi di salute mentale, che per ora hanno organizzato l'assistenza all'interno delle Rems, ma dovranno soprattutto potenziare i progetti terapeutici individuali finalizzati alla rieducazione del soggetto.

Per quanto l'allerta sia ancora tanta e permanga il timore che la riforma rimanga un traguardo poi non concretizzato nella pratica quotidiana, dove troppo spesso predomina ancora la psichiatria del farmaco e della contenzione, tuttavia è innegabile che almeno sulla carta sia stato abbattuto l'ospedale psichiatrico giudiziario, residua piaga istituzionale della riforma del 1978.

Di fronte al fatto, non hanno tardato a farsi sentire i malcontenti e le contestazioni da parte di chi non vuol pensare che circa "700 pazzi criminali" non abiteranno più in istituzioni lontane, lontanissime dal mondo dei cittadini sani e irreprensibili, ma avranno la possibilità di ritornare, presto o tardi, in società. Il 31 marzo sarebbe per queste voci benpensanti, alimentate da paura e disconoscenza delle cose, un'ennesima pagina nel libro dell'"anti": anti-sicurezza, anti-civiltà, anti-politica. E perché no, ancora una volta anti-psichiatria! (Se per 'psichiatria' intendiamo ancora oggi una missione di bonifica dell'umanità, s'intende!)

## Capitolo 3

### *Se battaglia scientifica è battaglia politica*

*“Contro il positivismo, che si ferma ai fenomeni dicendo “ci sono soltanto fatti”,  
io direi: no, appunto i fatti non esistono, esistono solo interpretazioni.  
Non possiamo stabilire nessun fatto “in sé”:  
forse è assurdo il volere qualcosa del genere.  
Voi dite “tutto è soggettivo”, ma già questo è un’interpretazione.  
Il soggetto non è un che di dato,  
ma un che d’immaginato in aggiunta, di posto sullo sfondo.  
E infine, è necessario porre anche un interprete dietro l’interpretazione?  
Già questo è immaginazione poetica, ipotesi.  
Nella misura in cui la parola “conoscenza” ha in genere un senso,  
il mondo è conoscibile; ma lo si può interpretare in altro modo:  
esso non ha un senso dietro di sé, ma innumerevoli sensi. “Prospettivismo”.  
Sono i nostri bisogni che interpretano il mondo:  
i nostri istinti, il loro pro e contro.  
Ogni istinto è una sorta di avidità di potenza,  
ognuno ha la sua prospettiva  
che vorrebbe imporre come norma a tutti gli altri.”<sup>151</sup>*

Nel capitolo precedente si è accennato al tema del lavoro dentro l’istituzione come condizione di superamento del paradigma manicomiale, attraverso il riconoscimento dei reali bisogni delle persone. Si è trattato di realizzare un movimento che tenesse finalmente conto dei bisogni dei soggetti, un modo assolutamente politico di fare scienza, perché basato sulla priorità di fornire risposte alle esigenze del soggetto.

Nel corso del documentario *I giardini di Abele*, Basaglia, a cui Zavoli chiedeva come fosse possibile conciliare un buon impegno sociale con il lavoro tecnico-psichiatrico, replica citando un antico proverbio del Sud Italia secondo il quale *“chi non ha non è”*. Con queste parole, si vuole collegare il disturbo mentale e quindi la problematicità dell’identità (l’essere) con il disporre di una condizione economica scarsa e precaria (l’avere). È importante notare come il non essere sia l’effetto del non avere e non il contrario, poiché è spesso dal possesso di beni che discende un buon adattamento, l’integrazione sociale e una situazione di ben-essere.

A partire da questa premessa, il presente capitolo vorrebbe far luce su quel sostrato di dinamiche sociali, politiche ed economiche che hanno talvolta una straordinaria incidenza sulla salute delle persone. Si condurrà quindi un’analisi del concetto di ‘bisogno’, che rappresenta tanto in senso pratico e materialistico, quanto in senso scientifico, un termine-chiave per il tipo di riflessioni in corso.

<sup>151</sup> F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, op. cit. , pp. 271, 272.

Proprio in relazione a questa doppia significazione della nozione di ‘bisogno’ saranno sviluppati i primi due paragrafi; il terzo sarà invece incentrato sulla diretta proporzionalità tra mancanza di risposte ai bisogni ed esperienze istituzionali; l’ultimo, infine, prenderà specificamente in esame il pensiero di Nietzsche e la sua vicenda biografica, a titolo di summa dei temi affrontati.

### 3.1 Scientificità del bisogno o bisogno della scienza?

Il manicomio era luogo di privazioni. Il ricovero stesso avveniva con la sottrazione completa dei beni e i vestiti: la persona non poteva detenere alcun legame col mondo di fuori. L’unica aspettativa era rappresentata dall’ubbidienza al rigore istituzionale: abitare l’istituzione significava accettarla come unica possibilità, poiché è risaputo che quanto più si è fragili e vulnerabili, tanto più aumenta l’esposizione ai meccanismi di potere.

Non basta abbattere le mura di un’istituzione tra le altre per tagliare il traguardo della deistituzionalizzazione in generale, ma occorre dilatare lo sguardo a tutti quegli scenari in cui la mancanza di risposte ai bisogni più elementari, con il conseguente ingresso nel circuito complesso della miseria, è la cifra del governo dei soggetti.

Quando accostiamo le espressioni ‘bisogni più elementari’ e ‘governo dei soggetti’ non lo facciamo casualmente. La politica, nella dimensione di cura dei soggetti, o è ascolto e produzione di risposte oppure è pretesto di sopraffazione. Crediamo sia questo il senso delle parole di Basaglia, quando asserisce che battaglia politica vuol dire battaglia scientifica, poiché i tecnici delle scienze umane altro compito non hanno che la riflessione sulle necessità della popolazione.<sup>152</sup>

Cos’hanno in comune la lotta di classe e l’abbattimento dell’istituzione, se non la rivendicazione di diritti? E perché chiudere il manicomio è stato un obiettivo innanzitutto politico, se non per il fatto che ha imposto, quanto meno sulla carta, la restituzione di quei diritti?

Non solo le pagine più drammatiche della storia hanno sempre rivoluzionato i bisogni, ma ne hanno di volta in volta evidenziato la radicalità, in funzione del momento.

Benché Marx non definì mai in modo esaustivo e univoco il senso della parola ‘bisogno’, tuttavia l’intera sua opera è attraversata dal richiamo a questo concetto, nelle varie declinazioni di contenuto. Addirittura con Ágnes Heller potremmo dire che Marx, pur non descrivendo mai nemmeno una volta *cosa si debba intendere con tale termine*<sup>153</sup>, scrive però sempre guardando attraverso il filtro del bisogno.

Nei *Manoscritti economico-filosofici* del 1844 Marx considera la società quale insieme d’individui, ciascuno dei quali è a sua volta un insieme di bisogni.<sup>154</sup> Ogni bisogno è per Marx indissolubilmente legato al suo oggetto, sicché bisogno dell’oggetto e oggetto del bisogno sono facce della stessa pagina, sulla quale scrivere come curarsi di sé e della conservazione delle condizioni vitali. In questi termini Marx parla di ‘bisogno biologico’, intendendo l’esatto contrario del lusso, che può essere inteso come tutto ciò che è bisogno per astratto. “*Lusso è l’opposto di naturalmente necessario. Bisogni necessari sono quelli dell’individuo ridotto esso stesso a soggetto naturale.*”<sup>155</sup> Un soggetto che rivendica bisogni necessari è un soggetto naturale e per spiegare cosa intendiamo per ‘soggetto naturale’ ci è

---

<sup>152</sup> Cfr. F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit., pp.184, 185.

<sup>153</sup> Á. Heller, *La teoria dei bisogni in Marx*, Feltrinelli, Milano, 1977, p. 24.

<sup>154</sup> Cfr. K. Marx, *Manoscritti economico-filosofici del 1844*, op. cit., p.142.

<sup>155</sup> K. Marx, *Lineamenti fondamentali della critica dell’economia politica*, La Nuova Italia, 1968, vol.1, p.18.

d'aiuto la fenomenologia, ovvero il metodo filosofico che fa del legame tra il soggetto e il mondo, o meglio tra la coscienza del mondo e il mondo stesso, un fenomeno da studiare attraverso una discussione costante. Scrive Husserl:

L'atteggiamento naturale dello spirito è ancora ignaro d'ogni preoccupazione critica della conoscenza. Nell'atteggiamento naturale dello spirito noi siamo rivolti, sia nell'intuire sia nel pensare, verso le cose che ci sono date di volta in volta, e date in modo del tutto ovvio.<sup>156</sup>

La realtà è solo fenomeno. La realtà è naturalmente fenomeno. Ecco perché, come dicevamo nel primo capitolo, la condizione della realtà non è mai la verità, ma sempre il contrario. La fenomenologia riflette su cosa è vero in quanto reale. Affermare che l'uomo è innanzi tutto un soggetto naturale, nella misura in cui ha bisogni reali, non solo è un'operazione veritativa, ma impone anche il dovere di comprendere l'inizio e la fine di questo naturalismo. Quello di 'soggetto naturale' è infatti una sorta di concetto limite, oltre il quale nemmeno si potrebbe parlare di esistenza. I bisogni naturali sono la radice della presenza nel mondo e un'organizzazione politica che non dedica abbastanza attenzione a questa naturalezza è assolutamente miope rispetto alla presenza stessa dei suoi cittadini nel contratto sociale<sup>157</sup>.

Si immagini ora un uomo a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente, a chi ha perso tutto, di perdere se stesso.  
(P. Levi, *Se questo è un uomo*)

L'accostamento tra la vita nei lager e il tipo di discorso che stiamo conducendo può concretizzare e conferire materialità al concetto di 'biologia del bisogno' in quanto soglia dell'esserci, oltre a offrire un eco del discorso di Basaglia sul non avere/non essere: "*accade facilmente a chi ha perso tutto di perdere se stesso*", è la chiave di lettura per poter affermare che prim'ancora che la psichiatria curi i suoi matti, occorre che la politica si curi dei suoi cittadini. Se la psichiatria è in certi casi la risposta a molte delle contraddizioni politiche, è evidente che combattere la miseria diviene un'enorme impresa di Sisifo, volta a tamponare più che curare, senza di fatto trattare le criticità dalla radice. Il testo di Foucault *Storia della follia nell'età classica*, tra le altre cose, ha fatto luce su questo tema, descrivendo il modo sbrigativo con cui l'uomo moderno si occupa di tutto ciò "che non è ragione".

L'internamento è una creazione istituzionale caratteristica del XVII secolo. Esso ha preso subito un'ampiezza che non consente di paragonarlo con l'imprigionamento così come lo si praticava nel Medioevo. Come misura economica e come precauzione sociale, esso ha valore d'invenzione. Ma nella storia della sragione designa un evento decisivo: il momento in cui la follia è percepita nell'orizzonte sociale della povertà, dell'incapacità al lavoro, dell'impossibilità di integrarsi al gruppo; il momento in cui essa comincia a far parte dei problemi dell'ordinamento civile. I nuovi significati che vengono dati alla povertà, l'importanza attribuita all'obbligo del lavoro, e tutti i valori etici che le sono legati, determinano alla lontana l'esperienza che si fa della follia e ne mutano il significato.<sup>158</sup>

È sorprendente la coincidenza tra la costruzione delle apposite strutture ospedaliere per la follia e la crescita economica degli stati moderni. La follia ha finalmente una collocazione istituzionale e nel corso dei decenni successivi diverrà il contraltare della macchina capitalistica. Prima che una presa-in-cura, l'internamento è un affare politico, entro un sistema esclusivamente

<sup>156</sup> E. Husserl, *L'idea della fenomenologia*, op. cit. , pp. 37, 38.

<sup>157</sup> Specificamente, nel paragrafo 3.3 ci soffermeremo sul contrattualismo.

<sup>158</sup> M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, op. cit. , p.82.

rivolto al progresso e al benessere, ovvero una misura con cui assorbire disoccupati, con cui prevenire potenziali disordini e con cui ridurre il rischio di devianze. Durante la conferenza a Rio de Janeiro del 26 giugno 1979, Basaglia mette l'accento proprio su questo aspetto, evidenziando la diretta proporzionalità tra benessere di una società e volontà di giudizio sulla follia:

In quegli anni si è verificato anche un fatto abbastanza singolare ma in Italia. Era stata bombardata una piccola provincia, Ancona, in cui c'era un manicomio. Una bomba era caduta sul manicomio e non lo aveva distrutto ma la maggior parte dei malati era fuggita. Si era nel pieno della guerra e nessuno aveva il tempo di pensare dove stavano matti e non matti, c'erano problemi ben più urgenti, altri pazzi si sparavano l'un l'altro. Dopo la guerra, quando si tornò alla normalità, la gente cominciò a domandarsi dove stavano i malati di mente. Molti non furono trovati, ma alla fine si scoprì che alcuni di loro stavano vicino al manicomio, vivendo e lavorando come qualsiasi altra persona.<sup>159</sup>

Dall'estratto riportato si evincono almeno tre ordini di discorso: che a "dove stanno i matti" si pensa solo quando affari più urgenti sono già risolti; che dei matti ci si occupa quindi "quando si torna alla normalità"; che se una società non ha come sua priorità politica la caccia al folle, "i matti vivono e lavorano come qualsiasi altra persona". Non da meno Sartre afferma che, proprio durante le guerre, un paese può contare il suo minor numero di pazzi; nei periodi di pace, al contrario, il giudizio sull'altro è costante e ininterrotto, così come la vigilanza. Il folle è folle per lo sguardo della collettività in situazioni di calma, normalità e benessere. Se il Sartre de *L'essere e il nulla* è particolarmente sensibile all'alienazione determinata dalla consapevolezza che l'uomo ha di sé e della sua condanna alla libertà, in *Santo Genet, commediante e martire*<sup>160</sup> riflette sull'alienazione<sup>161</sup> che procura al soggetto il mancato adattamento al processo di oggettivazione sociale: chi non è integrato è "l'altro".

Di una soggettività alienata e non integratala follia può spesso rappresentare un'esplicitazione. Non integrati sono i lavoratori sfruttati e mal pagati, gli stranieri, i dissidenti politici, le minoranze etniche e religiose, le persone in fuga dai paesi in guerra o chi è più esposto a situazioni di fragilità emotiva e affettiva, i delinquenti, carcerati o ex carcerati senza via d'uscita, tossicodipendenti, alcolizzati, in sintesi: tutte quelle categorie sociali che la miseria può rendere 'diversi' e che il sistema controlla con la custodia o l'emarginazione.

La condizione di ottimizzazione della produzione e dello sviluppo economico è favorita dall'allontanamento di chi è diverso, tant'è che spesso la carriera del malato di mente o del disturbatore sociale in generale comincia proprio quando ha smesso di avere una rilevanza economica nella società, (oppure ha origine proprio dal non aver mai avuto rilevanza economica).

Il triangolo concettuale in cui si risolve il tipo di ragionamento che stiamo facendo è il seguente: improduttività- povertà-disagio, un ritornello tenuto insieme da note non casuali che non cessano di essere attuali.

Per parlare del malato di mente e della sua istituzione specifica, è necessario conoscere la funzione sociale dell'istituzione deputata alla sua tutela e cura [...] La funzionalità dell'istituzione al sistema sociale di cui è espressione ci chiarisce il valore e il significato che il malato mentale ha nella nostra società: si tratta di un elemento di disturbo da escludere. Ma ciò che accomuna, in genere, questi ruoli oltre alla condizione di esclusione, è la causa dell'esclusione stessa: il fatto cioè di essere -più o meno clamorosamente- usciti dal processo produttivo. [...] Ora che un'istituzione del nostro sistema produttivo sia deputata alla gestione di elementi improduttivi, significa che la loro presenza nella società libera risulterebbe tanto nociva da ritenere più vantaggioso creare o mantenere aree di isolamento in cui concentrarli e negarli.<sup>162</sup>

<sup>159</sup> F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit., pp. 109,110.

<sup>160</sup> J. P. Sartre, *San Genet, comédien et martyr*, Gallimard, 1952. Trad. it. *Santo Genet, commediante e martire*, ilSaggiatore, 1972.

<sup>161</sup> Occorre specificare che Basaglia, pur condividendo questo tipo di analisi, è tuttavia molto vicino anche alla posizione di Marx sul concetto di 'alienazione', espressa nei *Manoscritti economico-filosofici* come il disagio che il lavoratore avverte per la separazione dal prodotto del suo lavoro, che non gli appartiene più, ma confluisce nel guadagno capitalista.

<sup>162</sup> F. Basaglia, *La Comunità Terapeutica e le istituzioni psichiatriche*, in *Scritti II*, op. cit., pp.7, 8.

La follia è perlopiù un sintomo, e chi lo ritiene strettamente individuale manca l'appuntamento con l'eziologia sociale del problema. La mente e il corpo sulle quali agisce una medicina animata dalla legge dell'esperimento e della verifica sono solo la guaina di un nodo incredibilmente complesso e articolato che unisce fenomenologicamente ogni soggetto al mondo. Scrive Franco Ongaro Basaglia:

Dipendenza, oggettivazione e passivizzazione del malato sono essenziali allo sviluppo di una medicina che, pur fondandosi sull'esperimento e sulla verifica del corpo, non si misura e non si verifica mai con l'uomo nella complessità dei suoi bisogni, cioè con l'uomo come entità storico-sociale: il corpo senza storia di cui si occupa è soprattutto un corpo i cui bisogni sono messi tra parentesi come se la mancata risposta a essi non fosse la causa prima delle sue malattie.<sup>163</sup>

C'è ormai una frattura nelle scienze: come se l'essere uomo dell'uomo non dipendesse dal fatto che ha dei bisogni e che la sua condizione di umanità dipendesse intrinsecamente dalla risposta a questi bisogni.

Dire no al manicomio non significa soltanto opporsi alla logica di un'istituzione che esclude, aliena e annienta; significa altresì tenere in considerazione tutte quelle situazioni nelle quali i soggetti lottano per l'emancipazione contro il rifiuto perpetrato dall'organizzazione sociale.

Le istituzioni (e con questo termine ci si riferisce non solo alle istituzioni assistenziali, ma a tutte le istituzioni della nostra organizzazione sociale, comprese la cultura e la scienza come istituzioni), sono amministrare e gestite dalla classe dominante, secondo i propri valori e il proprio codice di riferimento. Questo codice è accessibile a chi lo condivide e lo comprende, perché fa parte di lui, della sua vita: non si tratta solo di un problema di linguaggio, quanto di un insieme di valori che sono perfettamente coerenti tra chi li produce, chi li rappresenta e chi li utilizza. Esso non può contenere i bisogni e le risposte ai bisogni della classe che è esclusa a priori da questi valori, quindi la presunta universalità delle misure adottate come risposte ai bisogni dell'uomo è già implicitamente negata dalla qualità stessa delle risposte.<sup>164</sup>

Il manicomio è solo uno dei tanti teatri in cui è possibile toccare con mano gli effetti dell'emarginazione, quando il sistema di bisogni non ha una strutturazione capillare, ma è fissato in modo abbastanza oggettivo e universale da chi ha già quasi sempre saturato le sue prime e più naturali necessità. Se infatti prendiamo a domandarci assieme alla Heller chi decide dei nostri bisogni arriviamo alla paradossale conclusione per cui:

Come incarnazioni dell'universalità e della socialità, i bisogni effettivi dei privilegiati o dei capi del movimento decidono quali tra i bisogni della classe (cioè della stragrande maggioranza della popolazione) siano giusti e quali ingiusti.<sup>165</sup>

Sicché, questi "rappresentanti dei bisogni sociali" non fanno che perseguire quelli che loro stessi hanno riconosciuto come bisogni sociali, tralasciando di considerare quelli veri ed effettivi. L'organizzazione sociale è interamente monopolizzata dai valori della classe dominante, secondo un preciso codice di uso e consumo che occulta in modo subdolo e sottile i veri bisogni dei più. Ma quando parliamo di 'veri bisogni', di cosa parliamo? Sicuramente non stiamo considerando la ricerca orizzontale e programmata dei bisogni<sup>166</sup> di cui i tempi moderni sono esecutori e a proposito di cui

---

<sup>163</sup> F. Ongaro Basaglia, *Salute / Malattia Le parole della medicina*, op. cit. , pp.193, 194.

<sup>164</sup> F. Basaglia (in collaborazione con Franca Ongaro), *Introduzione a "Lo psicanalismo"*, in *Scritti II*, op. cit. , p.350.

<sup>165</sup> Á. Heller, *La teoria dei bisogni in Marx*, op. cit. , p. 74

<sup>166</sup> "Nella nostra cultura risultano "normali" i comportamenti coerenti ai valori della classe egemone e corrispondenti ai parametri da questa stabiliti come direttamente coerenti con i propri bisogni. Il comportamento anormale sarebbe dunque di chi non trova nei valori che gli vengono imposti una risposta ai suoi bisogni. Dato che le regole di

parleremo nel prossimo paragrafo. Stiamo alludendo alla possibilità che ogni individuo possa essere messo nelle condizioni di *essere un soggetto* e non *fare il soggetto*: mentre la prima espressione vuole denotare quelle situazioni di agio e soddisfazione che conferiscono al soggetto dignità di essere tale, la seconda espressione fa luce su quell'uniformazione alle necessità da appagare, volute e teorizzate dagli arbitri delle società, altresì addestrati ad ammonire chi mostra resistenza verso questa disciplinata omologazione.

Per essere soggetto occorre *poter essere soggetto*, proprio come segnala l'etimologia: dal greco *ὑποκείμενον* e dal latino *subiectum*, per attribuire qualità e determinazioni a ciò di cui si sta parlando, è innanzi tutto indispensabile un sostrato di sostanza invalicabile. L'essere soggetto del soggetto è ineluttabile.

Ecco in che senso vorremmo poter dire che curarsi dei bisogni radicali significa soprattutto guardare con radicalità il soggetto: c'è una soglia di dignità, ricavata dal suo stesso essere-nel-mondo, al di sotto della quale la politica (nell'accezione di 'battaglia scientifica' di cui parlava Basaglia) non dovrebbe mai scendere.

### 3.2 Per un materialismo dei bisogni

Occultando i bisogni naturali e mutando il concetto stesso di bisogno, ha potuto sorgere e trovare affermazione il mondo moderno o, per dirla con Basaglia, "la società borghese", dove la regola del plusvalore caratterizza la produzione, declinando i margini di maggiore o minore successo economico sulla logica della corsa al consumo. Sicché, quella realizzatasi sarebbe stata una riduzione dei veri bisogni dell'uomo a una tipologia di bisogni del tutto materiale ed economica: "*la necessità naturale nella sua forma immediata è scomparsa, perché al bisogno naturale è subentrato un bisogno storicamente prodotto*"<sup>167</sup>. Con l'espressione 'storicamente prodotto', Marx allude a una fase storica nella quale il soggetto è completamente dimentico delle sue necessità, per aderire al taglio del reale determinato dai meccanismi produttivi ed economici: l'alternativa alla mancata adesione a questo modello di realtà è rappresentata dal disadattamento e l'alienazione. Scrive Sartre: "*senza dubbio, in una società che non abbia preso coscienza delle proprie contraddizioni e delle loro vere cause, il condizionamento del politico da parte dell'economico può più o meno sfuggire*"<sup>168</sup>.

Per cui, nel corrente paragrafo, non analizzeremo solo un apparato politico-economico nel quale occorre avere per essere, ma anche un sistema culturale che costruisce la realtà interamente sulla logica del desiderio. La società è niente più che una macchina desiderante, tenuta accesa da quel che la classe dominante decide che la classe dominata debba volere, in un circolo di perenne insoddisfazione, di un vuoto a perdere incessante, proprio nel senso di quel che Lacan chiama

---

*comportamento sono stabilite in coerenza con i bisogni e i valori della classe egemone, in questi valori la classe subalterna non può trovare risposta ai propri, se non per quel tanto che l'una è disposta e ritiene conveniente rispondervi e organizzarli; o per quel tanto che l'altra ha la forza di esigere e di imporre che vi si risponda. Le regole del saper vivere sono la codificazione del vivere borghese, proposta come norma generale cui tutta la società deve adeguarsi. Ma nel momento in cui si realizza che le norme di condotta sono costruite a immagine dei bisogni e dei valori della classe dominante, risulta evidente che esse sono l'espressione di bisogni e di esigenze particolari imposte come universali. In questo senso, una regola che non risponde a un bisogno non può che agire come strumento di sopraffazione, di esclusione, di controllo sul gruppo cui viene imposta [...] Lo scopo è la creazione di un'apparente classe media universale [...]"*  
(F. Ongaro Basaglia, *Salute/Malattia*, op. cit. , p. 207.)

<sup>167</sup> K. Marx, *Lineamenti fondamentali della critica dell'economia politica*, op. cit. , p18.

<sup>168</sup> J. P. Sartre, *L'intelligibilità della Storia, Critica della Ragione dialettica*, tomo II, Marinotti, Milano, 2006, p. 408.

“residuo dell’obliterazione”<sup>169</sup>. Con quest’espressione, possiamo comprendere la distanza tra l’urgenza del bisogno radicale e naturale di cui si parlava sopra e la costante pulsione desiderante barrata dal significante stesso dell’oggetto desiderato<sup>170</sup>. *Drang*, una spinta costante verso un obiettivo sempre nuovo e irraggiungibile, in una liquefazione continua, mai afferrabile.

Tutta la cultura borghese si muove sul piano dei desideri, ed è in questo senso che essa agisce come strumento di oppressione di distanza nei confronti della classe che è costretta a muoversi sul piano dei bisogni. Proletariato e sottoproletariato sono completamente esclusi da questo mondo, perché finché i bisogni primari non sono soddisfatti, i desideri non si sa neppure cosa siano o, se si stimolano (come ad esempio attraverso il consumo) lo è a scapito dei bisogni.<sup>171</sup>

L’inganno in cui la società del benessere e del consumo sarebbe caduta è la seduzione del reale, reso fortemente desiderabile, mentre perfino i più basilari diritti dell’uomo non sono tutelati e salvaguardati. Il desiderio, come un canto delle sirene, agisce per confondere, affinché dove c’è sovrapproduzione ci sia anche sovradesiderio. Ecco come si esprimono Deleuze e Guattari ne *L’anti-Edipo*:

Se il desiderio produce, produce del reale. Se il desiderio è produttore, non può esserlo se non in realtà, e di realtà. [...] Il desiderio non manca di nulla, non manca del suo oggetto. È piuttosto il soggetto che manca al desiderio, o il desiderio che manca di soggetto fisso; non c’è soggetto fisso che per la repressione. Il desiderio e il suo oggetto sono un’unica cosa, sono la macchina in quanto macchina di macchina. [...] L’essere oggettivo del desiderio è il Reale in se stesso. Non esiste forma d’esistenza particolare che si possa chiamare realtà psichica. Come dice Marx, non c’è mancanza, c’è passione come “essere oggetto naturale e sensibile”.<sup>172</sup>

Dal passaggio trascritto evinciamo un dato essenziale. Mentre nella produzione di realtà che scaturisce dal desiderio, il soggetto varia funzionalmente; nella tensione costante e continua del desiderio il soggetto determina un reale assolutamente oggettivo, il che è come dire: è il modo contestuale e contingente di produrre la realtà a essere oggettivo, non gli esiti stessi di questa produzione.

È una peculiarità dell’uomo moderno non sapere esattamente cosa volere, ma volere e basta<sup>173</sup>, continuamente proiettato verso qualcosa di nuovo, come un’ossessione compulsiva direbbe Bauman.

Il tenace persistere della povertà su un pianeta travagliato dal fondamentalismo della crescita economica è più che sufficiente a costringere le persone ragionevoli a fare un pausa di riflessione sulle vittime collaterali dell’“andamento delle operazioni”. L’abisso sempre più profondo che separa chi è povero e senza prospettive dal mondo opulento,

---

<sup>169</sup> J. Lacan, *La significazione del fallo*, Scritti, Einaudi, Torino, 1976, vol.II, p.688.

<sup>170</sup> Per avere una visuale più allargata sulla teoria del desiderio in Lacan, sintetizzando e astraendo gli elementi salienti del suo pensiero, potremmo dire che accanto alla nozione di desiderio come “grande Altro”, dove la A maiuscola è determinata dal significante stesso, si situa un concetto di desiderio meccanico e ricorrente, strumento e causa del reale: un movimento psichico per cui l’oggetto desiderato, trascendendo de facto il concetto stesso di bisogno, diviene di volta in volta oggetto altro (con la A minuscola questa volta) di realtà. Una riflessione volta a far luce sulle modalità con cui un bisogno di verità impossibile è causa di realtà, mentre un bisogno di verità possibile la deforma e la manipola, se addirittura non la nega.

<sup>171</sup> F. Basaglia, *Introduzione a “Lo psicanalismo”*, op. cit., p.350.

<sup>172</sup> G. Deleuze, F. Guattari, *L’anti-Edipo*, Einaudi, Torino, 2002, p.29.

<sup>173</sup> Anche Emmanuel Lévinas ha chiarito bene questa dialettica bisogno/desiderio, descrivendo il desiderio come un fuoco mai quietabile, così lontano dalle condizioni di bisogno concrete e necessarie, da poter quasi essere ascritto ai ranghi metafisici del cercare. Si veda ad esempio *Totalità e infinito*, Jaka Book, Milano, 1980, p.32: “Al di fuori della fame che può essere soddisfatta, della sete che può essere estinta e dei sensi che possono essere appagati, la metafisica desidera l’Altro, al di là della soddisfazione.”

ottimista e rumoroso è un'altra evidente ragione di grande preoccupazione. [...] Ma c'è anche un'altra ragione di allarme, non meno grave. I crescenti livelli di opulenza si traducono in crescenti livelli di consumo; del resto, arricchirsi è un valore tanto desiderato solo in quanto aiuta a migliorare la qualità della vita, e "migliorare la vita" (o almeno renderla un po' meno insoddisfacente) significa, nel gergo degli adepti della chiesa della crescita economica, ormai diffusa su tutto il pianeta, "consumare di più".<sup>174</sup>

Essere moderni significa consumare tutto quanto è possibile, tutto quel che c'è, finché la stessa soggettività diviene una merce: nelle fabbriche, nelle carceri, negli ospedali, nelle scuole, nelle università, in tutte le istituzioni, ogni uomo è quel che ha e che vale.

Il soggetto studiato da Basaglia è molto vicino alla descrizione che ne propone Marx ne *L'ideologia tedesca*, quando parla d'infezione continua della struttura economica e sociale sull'uomo e sul concetto di benessere. Fin dall'infanzia si viene educati a desiderare quel che "occorre desiderare", e in questa tacita ubbidienza e disciplinata acquiescenza accettiamo di dimenticare quel che vogliono venga dimenticato.

È nella dialettica del desiderare/dimenticare che spesso trovano collocazione situazioni di difficoltà e alienazione, dovute per esempio al fatto che la mancata soddisfazione dei bisogni naturali non può implicarne la dimenticanza, né di conseguenza la produzione di nuovo desiderio. L'assimilazione materialistica dei bisogni ha infatti tanto più successo quanto più la società è stratificata e divisa in classi, o semplicemente quanto più è maggiore la distanza tra chi ha e chi non ha: essendo l'aver la sola condizione per poter consumare, ne consegue che il non avere implica spaesamento e disorientamento. Un attacco all'identità. Uno sbriciolamento dell'io.

Viceversa "andare d'accordo con le istituzioni" è indice di grande normalità e concreta individualità: l'adattamento personalizza, nella misura in cui colloca i soggetti dalla parte di chi è immune alla diversità. È questo il fascino del potere e il motivo per cui si fa amare: per la sua facoltà di stabilire chi è l'altro.

"*Ogni cultura, dopo tutto, ha la follia che si merita*"<sup>175</sup>, ha detto Foucault in un'intervista, per porre l'accento sui rapporti diretti tra potere e follia, per mettere in luce la stretta collaborazione esistente tra governo dei soggetti e medicalizzazione degli stessi e, infine, per correlare il prezzo che la formazione di ogni contratto sociale ha con il fenomeno della devianza, per cui: "*La follia non la si può trovare allo stato selvaggio. La follia esiste solo all'interno della società, non esiste al di fuori delle forme della sensibilità che la isolano e delle forme di repulsione che la escludono o la catturano.*"<sup>176</sup>

Alla stregua di altre istituzioni sociali, anche la psichiatria, nel suo intento di trattare le devianze, non può che fornire risposte parziali, quando del tutto inadatte al tipo di disagio effettivamente in questione. Criticità sociali<sup>177</sup> richiedono soluzioni ampie e differenziate, rispetto agli automatismi della psichiatria, spesso riducibili alla catena "Tso"<sup>178</sup> - ricovero - somministrazione di farmaci."

La stessa celebre "piramide dei bisogni" che lo psicologo americano Abraham Maslow ideò nel 1954

---

<sup>174</sup> Z. Bauman, *Modernità liquida*, Laterza, Bari, 2011, p. XVII.

<sup>175</sup> M. Foucault, *La follia esiste solo all'interno della società*, (intervista con J. P. Weber) in *Follia e psichiatria*, op. cit., p.47.

<sup>176</sup> Ivi, p. 46.

<sup>177</sup> È evidente che ci stiamo riferendo a un concetto di malattia mentale che esula dai danni organici propriamente detti. Si sta considerando la dimensione della malattia come prodotto di un insieme di fattori di natura individuale, sociale, storica, geografica e politica. Se il disagio risente dell'influenza contestuale in cui ha preso verosimilmente avvio, non può ricevere esclusivamente risposte di tipo clinico-medico, occorrerà al contrario intravedere un orizzonte risolutivo della stessa ampiezza e complessità delle eziologie alla base del problema.

<sup>178</sup> Per esteso: Trattamento sanitario obbligatorio, così come regolato dalla L.180/78 negli artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6.

risponde a un'idea di uomo strutturata per necessità biologiche, fisiologiche, ambientali, sociali e storiche<sup>179</sup>, in mancata soddisfazione delle quali la persona è fortemente esposta a rischi di disagio. In questi termini viene messo in discussione lo stesso concetto, scientificamente definito, di normalità, per porre l'accento sull'importanza dell'autorealizzazione e dell'appagamento, come condizioni di salute.

In sostanza respingo deliberatamente la nostra presente, e troppo facile, distinzione tra malattia e salute, almeno per quanto riguarda i sintomi superficiali. Essere ammalati significa forse accusare sintomi? Ebbene, sostengo che la malattia può consistere nel non accusare alcun sintomo quando dovrei accusarlo. E la salute, significa esser privi di sintomi? Lo nego. Quale dei nazisti ad Auschwitz o a Dachau era in buona salute? Quelli con la coscienza tormentata, o quelli la cui coscienza appariva loro chiara, limpida, serena? In quella condizione, una persona profondamente umana era possibile non avvertisse conflitto, sofferenza, depressione, furia e così via?<sup>180</sup>

In questo estratto si può apprendere quel che Maslow chiarirà a più riprese nei suoi testi: non è l'adattamento la via per la salute, né il cosiddetto uomo medio il metro della normalità. Gli studi esistenzialisti e le esperienze autentiche<sup>181</sup> delle persone disvelano quest'inganno e in sostanza consegnano un messaggio molto chiaro, che Herbert Marcuse esplicita così: *la riproduzione spontanea, da parte dell'individuo, di bisogni che gli sono stati imposti non costituisce una forma di autonomia, comprova soltanto l'efficacia dei controlli.*<sup>182</sup>

Aderire alla soddisfazione di quei bisogni che c'impongono di ricercare è non solo, come abbiamo visto, prova di normalità, ma anche e soprattutto un effetto della microfisica dei poteri istituzionali ed economici, aventi come uniche finalità la crescita e il profitto. Nella società borghese, infatti, il fine della produzione non è la soddisfazione dei bisogni, ma la valorizzazione del guadagno economico, in termini così strettamente materialistici da poter dire che: *la produzione non produce solo l'oggetto del consumo, ma anche il modo di consumarlo [...] La produzione fornisce non solo un materiale al bisogno, ma anche un bisogno al materiale.*<sup>183</sup> Oggetto del bisogno e bisogno materiale sono fogli della stessa pagina di un libro chiamato 'potere', che, parafrasando le parole di Marx, si esprime anche sul "modo" attraverso cui consumare, ovvero l'asse portante della legge economica che amministra le società.

È in questo ordine d'idee che nelle righe sopra s'intendeva far notare lo stretto legame esistente tra bisogni e governabilità dei soggetti, per delineare automatismi istituzionali e politici che non raramente trascendono l'a priori dell'essere uomo del soggetto. Una realtà cucita interamente sulla logica del desiderio non è un abito pensato sulla corporeità del soggetto, ma è piuttosto un grembiule artificiale chiamato ora manicomio, ora carcere, o comunità, o in tutti quei modi che implicano

---

<sup>179</sup> Alla base della piramide compaiono bisogni riferiti alla fisiologia e alla sicurezza (respirazione, alimentazione, sonno, sesso, sicurezza fisica, di occupazione, di famiglia), subito sopra sono considerate necessità le appartenenze e la stima (amicizie, affetti, intimità sessuale, autostima, controllo, rispetto), al vertice infine è descritta l'autorealizzazione in senso stretto (creatività, problem solving, accettazione, assenza di pregiudizi).

<sup>180</sup> A. Maslow, *Verso una psicologia dell'essere*, Astrolabio, Roma, 1971, p.18.

<sup>181</sup> Da una parte si ritiene utile citare in questo senso l'accezione biologica che assume nel pensiero di John Dewey il termine 'bisogno', in quanto ricerca e tentativo di ripristinare l'equilibrio naturale tra il soggetto (l'uomo allo stato di natura propriamente inteso) e l'ambiente circostante; dall'altra si ricorda il valore dell'esserci heideggeriano come essere-nel-mondo, dove l'esistenza è essenzialmente cura dall'uomo e per l'uomo; sicché il bisogno non ha alcun'appartenenza all'area del desiderabile, ma risulta un fenomeno costitutivo all'essere stati gettati in un mondo da cui l'uomo è inesorabilmente dipendente: sono le strutture dell'esserci a rivendicare bisogno, non come mancanza, ma come condizione di esistenza.

<sup>182</sup> H. Marcuse, *L'uomo a una dimensione*, Einaudi, Torino, 1967, p.28.

<sup>183</sup> K. Marx, *Per la critica dell'economia politica*, Editori Riuniti, Roma, 1957, p.180.

disciplina politica e rigore economico.

La liberazione della persona, l'emergere di un soggetto pieno di bisogni da quel mondo di 'cose' che il manicomio conteneva e insieme produceva, sono stati i primi gesti terapeutici verso la liberazione dell'internato dal manicomio materiale che lo imprigionava e dalla logica manicomiali che egli stesso aveva incorporato.<sup>184</sup>

### 3.3 Il manicomio diffuso

Se nei precedenti paragrafi si è riusciti nell'intento di collegare la malattia al suo peculiare terreno sociale, adesso si prenderà in considerazione la non casuale coincidenza tra esperienze istituzionali e condizioni di fragilità sociale ed economica (rete relazionale o familiare povera, conflittualità affettive, mancanza di lavoro, precarietà abitative, e così via). Con l'espressione 'esperienze istituzionali' si fa riferimento a situazioni (non solo servizi ma anche contesti culturali e cittadini) nelle quali la risposta ai bisogni del singolo è sacrificata in nome dell'allineamento con cui governare l'organizzazione sociale.

Ogni istituzione si occupa di quanto di sua stretta competenza, senza prendere in considerazione in modo globale e organico la rete di necessità della persona, sicché, d'istituzione in istituzione (dal servizio sociale alla cooperativa, dal carcere alle strutture della salute mentale, dai centri d'accoglienza alle comunità, per fare solo degli esempi), il soggetto riceve risposte limitate e parziali con cui tamponare la difficoltà del momento, senza veramente poter lasciare il circuito dell'indigenza. Non viene risolta la complessità dei bisogni, ma al contrario vengono confermate le medesime stratificazioni sociali, dalle quali ricavare la rassicurazione che la diversità non tange l'interesse comune.

Tanto più è complesso il bisogno che la persona esprime, tanto più i passaggi diventano vorticosi. Tanto che la persona viene "centrifugata" verso la periferia, nelle maglie soffocanti di quello che si può chiamare 'manicomio diffuso': periferie urbane ma anche periferie dell'inclusione e della preoccupazione sociale. Le persone, in questi passaggi, mentre spariscono allo sguardo e alla relazione, ricevono di volta in volta le risposte appropriate a quanto quel servizio è deputato a fare. Ognuno dei servizi fa quanto gli compete. Mai la persona viene accolta, presa in carico per la globalità del bisogno che esprime.<sup>185</sup>

Che il bisogno implichi vulnerabilità e maggiore esposizione ai rischi di solitudine e abbandono è assodato, ma ciò su cui occorre fare maggiore attenzione è l'assurda concomitanza tra ampiezza dei bisogni e proporzionale carenza di risposte politiche: è nelle dinamiche di questo rapporto che talvolta si ricorre alla psichiatria come a una sorta di panacea di tutti i mali. Le più svariate difficoltà della persona sono spesso convogliate nel 'disagio psichico', alla stregua di un contenitore<sup>186</sup> delle società

---

<sup>184</sup> F. Basaglia, *Che cos'è la psichiatria?*, op. cit. p.10.

<sup>185</sup> S. D'Autilia, P. Dell'Acqua, *Abbandonare quei luoghi, abitare le soglie*, op. cit. , p. 1364.

<sup>186</sup> "Per secoli, matti, delinquenti, prostitute, alcolizzati, ladri e bizzarri hanno diviso lo stesso luogo dove la diversità della natura della loro 'abnormalità' veniva appiattita e livellata da un elemento comune a tutti: la deviazione dalla norma e dalle sue regole, unita alla necessità di isolare l'abnorme dal commercio sociale. Le mura dell'asilo circoscrivevano, contenevano e nascondevano l'indemoniato, il pazzo, come espressione del male involontario e irresponsabile dello spirito, insieme al delinquente, espressione del male intenzionale, responsabile. Pazzia e delinquenza rappresentavano comunque, insieme, la parte dell'uomo che doveva essere eliminata, circoscritta e nascosta, finché la scienza non ne sancì la netta divisione attraverso l'individuazione dei diversi caratteri specifici.

[...] Carcere e manicomio - una volta separati - continuarono tuttavia a conservare l'identica funzione di tutela e di difesa della 'norma' dove l'abnorme (malattia o delinquenza) diventava norma nel momento in cui era circoscritto e

sospeso nel vuoto, senza radici, né cause.

In ogni società si vive, ci si ammala, si diventa vecchi, si è soli. Ma una società produttivistica che si fonda sull'ideologia del benessere e dell'abbondanza per coprire la fame, non può programmare sufficienti misure preventive o assistenziali. Si salva ciò che può essere facilmente recuperato; il resto viene negato attraverso l'ideologia dell'incurabilità, dell'incomprensibilità, della natura umana, su cui si costruisce il castello del pregiudizio. Nella società dell'abbondanza-fame o c'è abbondanza o c'è fame. Ma la fame (con tutti i significati che questa parola comporta) non può manifestarsi brutalmente per ciò che è (ciò che consente all'abbondanza di essere e di mantenersi tale), ma deve venire velata e schermata attraverso le ideologie che la definiranno di volta in volta come vizio, malattia, razza, colpa.<sup>187</sup>

Nelle righe finali del pezzo riportato viene meglio esplicitato quanto intendiamo dire. La fame, in tutta l'ampiezza semantica di questo termine, è di volta in volta mascherata dai tabù sociali che sono, fuori dai pregiudizi e dalle logiche benpensanti, le debolezze intestine del sistema sociale stesso: malgrado le svariate coperture scientifiche e politiche, delinquenza, diversità razziale, povertà e disagio non sono e non possono essere soltanto criticità individuali. Sono in buona misura l'esito di un'organizzazione sociale che per autoreferenziarsi deve distanziare la diversità, *“dato che è evidente che sono sempre i marginali, chi non ha un potere economico da opporre, chi non ha uno spazio privato dove vivere, che cadono sotto le sanzioni più rigorose”*.<sup>188</sup>

Il sociologo Talcott Parsons ha lavorato su questo tema, analizzando la funzione razionalizzatrice dell'ideologia sulle contraddizioni del sistema, risolte nel concetto di 'controcultura'. Quest'ultima, espressione dei bisogni e delle difficoltà della classe dominata, troverebbe legittimità sociale e politica nella chiave ideologica della devianza, come una sorta di storico "dover essere" confortante e giustificante delle società.

Se la cultura del gruppo deviante rimane una 'controcultura' è difficile trovare il ponte attraverso il quale essa può acquisire un'influenza su circoli più vasti. Questo ponte è fornito soprattutto dal terzo elemento, cioè dallo sviluppo di un'ideologia in grado di avanzare con successo una pretesa di legittimità, nei termini almeno di alcuni simboli dell'ideologia istituzionalizzata principale.<sup>189</sup>

La condizione di realizzazione della storia è rappresentata dalla possibilità che i vincitori tolgano di volta in volta ai vinti non solo la possibilità di fare la storia, ma anche di esserne parte.<sup>190</sup> Il punto allora è capire da dove tragga origine e legittimazione quest'abitudine ad accettare una cultura altra, del vinto o del dominato, e come si sia potuta stabilire come dato di fatto che non desta più stupore. Occorre fare un passo indietro e ripercorrere le motivazioni salienti del contrattualismo<sup>191</sup>, in quanto

---

*definito dalle mura che ne stabilivano la diversità e la distanza. La scienza ha dunque separato la delinquenza dalla follia, riconoscendo, da un lato, alla follia una nuova dignità: quella di un'astrazione, cioè la sua definizione in termini di malattia; e dall'altro alla delinquenza un elemento umano, nel momento in cui essa diventa oggetto di ricerca da parte di criminologi e scienziati, che arrivano a individuare generici fattori biologici come originari del comportamento anormale, fino alla scoperta del cromosoma y soprannumerario.”* (F. Basaglia, *La giustizia che punisce*, in *Scritti II*, op. cit., pp.186,187.)

<sup>187</sup> F. Basaglia, *Introduzione ad “Asylums”*, in *Scritti II*, op. cit., p.42.

<sup>188</sup> F. Basaglia, *La giustizia che punisce*, in *Scritti II*, op. cit., p. 192.

<sup>189</sup> T. Parsons, *Il sistema sociale*, Comunità, Milano, 1965, p.529.

<sup>190</sup> Cfr. J. P. Sartre, *L'intelligibilità della storia. Critica della ragione dialettica*, op. cit. pp. 391 – 435.

<sup>191</sup> Con questa espressione, si fa riferimento all'insieme di teorie che tra il XVII e il XVIII secolo hanno illustrato, in via astrattiva, l'uscita degli individui dallo stato di natura in cui ciascuno aveva sì libertà illimitate, ma non poteva contare sulla tutela dei suoi più basilari diritti. Con il contrattualismo, i soggetti scelgono di rinunciare a parte delle loro libertà, per formare una società civile che garantisca sicurezza, ordine e la tutela dei diritti naturali.

base politica dello stato moderno. Nella logica contrattualista, i soggetti scelgono di unirsi in società, cedendo parte delle loro libertà per avere in cambio la tutela dei loro basilari diritti da parte di un potere centrale, risultato dell'organizzazione sociale appena sorta. Ebbene l'indigente, l'uomo in preda a una miseria pressoché totale, cosa può cedere al contratto sociale? Prim'ancora che lo possa sottoscrivere ne è già tagliato fuori. È quel che accade ad esempio all'immigrato, che mal integrato e in difficoltà, ha un'esposizione maggiore a problematiche di ordine sociale, giuridico e patologico.

Per la classe dominante è possibile sottrarsi alle istituzioni repressivo-punitive da lei stessa create a difesa della norma da lei stessa definita, non perché fra i suoi membri non ci siano malati, pazzi o delinquenti, ma perché il loro essere malati, pazzi, delinquenti può mantenersi inserito nel ciclo produttivo [...] È solo chi non ha un potere contrattuale da opporre che cade nel vortice delle istituzioni. Infatti, il manicomio è l'ospedale per i matti poveri, il carcere è l'istituzione punitiva dei carcerati poveri, così come le case di correzione, gli istituti per minorenni, i brefotrofi e tutte le organizzazioni assistenziali sono popolate dai poveri. Ma questa esplicita funzione politico-sociale delle istituzioni è mascherata e coperta dalle ideologie specifiche: per il manicomio dall'ideologia medica che trova nella definizione dell'irrecuperabilità della malattia la giustificazione alla natura dell'istituzione; per il carcere dall'ideologia della punizione. [...] L'ideologia della punizione su cui si fonda il carcere e l'ideologia medica, o meglio dell'irrecuperabilità della malattia su cui si fonda il manicomio, sembrano totalmente separate dall'uomo in quanto detenuto o malato, tanto che non esiste una spiegazione – se non ideologica – alla loro presenza nell'istituzione. Se non fosse così, se fosse reale la finalità riabilitativa di entrambe le istituzioni, ci sarebbero detenuti e internati riabilitati e felicemente reinseriti nel contesto sociale. Il che accade molto raramente, poiché l'ingresso nell'una o nell'altra di queste istituzioni segna, di regola, l'inizio di una carriera di cui si conoscono gli sviluppi e le conseguenze.<sup>192</sup>

Come può replicare lo stesso immigrato a un potere contrattuale che lo punisce per un illecito o lo “cura” per una devianza? In alcun modo. Di struttura in struttura, attraversando a tutto tondo il circuito dell'istituzionalizzazione, non troverà soluzioni reali (proprio nell'accezione di realtà che produce verità), ma soluzioni momentanee e superficiali, più utili al corpo sociale che ai suoi bisogni. Se così non fosse, non ci sarebbe una certa ripetitività delle frange sociali punite o disciplinate, né tanto meno ci sarebbero “carriere”<sup>193</sup> istituzionali preformate e prestabilite.

Chi dispone di potenzialità reattive alle sanzioni del contratto sociale raramente subisce meccanismi istituzionalizzanti, giacché, per dirla con Oscar Lewis, una cosa è la povertà, un'altra è la “cultura della povertà”<sup>194</sup>. Con quest'espressione, l'antropologo statunitense intendeva mettere a fuoco l'insieme di codici comportamentali che sviluppano un certo adattamento alla povertà. In una fenomenologia sociologica questo è assai evidente a partire da quelle misure che le istituzioni prendono per inglobare questa cultura e occultarla.

Ne abbiamo una riprova esplicita nello stesso testo della legge 81/2014 “*Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*”, coordinato col D. Lgs 52/2014, dove si afferma in modo chiaro che il dispositivo della pericolosità sociale, a cui consegue il ricovero nelle strutture incaricate di rendere esecutoria la misura di sicurezza, non deve più rappresentare l'alternativa alla mancanza di risorse economiche, sanitarie, sociali e parentali. I percorsi terapeutici individuali devono essere erogati direttamente dal territorio che ha in carico la persona, prendendosene cura globalmente, in modo da non favorire proroghe della misura di sicurezza,

---

<sup>192</sup> F. Basaglia, *La giustizia che punisce*, op. cit. , pp. 189, 190.

<sup>193</sup> Erving Goffman, in *Asylums*, non solo aveva descritto le caratteristiche di un'istituzione totale, ma aveva anche spiegato la tipologia fissa di comportamento e “residuo di soggettività” che in questi luoghi devono mettere in atto i soggetti: la massima ambizione delle carriere istituzionali è l'ubbidienza; il traguardo più auspicabile è la docilità.

<sup>194</sup> O. Lewis, *La cultura della povertà*, cit. in F. Basaglia, *La maggioranza deviante, Scritti II*, op. cit. , p.172.

ennesima propaggine istituzionale del paradigma asilare. La sinergia auspicata dalla legge tra il dipartimento di salute mentale, i servizi socio-sanitari territoriali e la magistratura deve combattere una psichiatria complice di sottoscrivere l'isolamento dei più deboli, anziché elaborare risposte coerenti con la maglia biologica dei suoi bisogni.

Crediamo sia nell'inadempienza verso questi presupposti che si possa realizzare la coniugazione tra culture povere e carriere istituzionali. Negare il manicomio ha significato negare anche la miseria persistente e recidiva, come prodotto del rifiuto dell'organizzazione sociale, poiché, una volta dimessa dall'ospedale psichiatrico, la persona non è riabilitata alla società, ma di lì a poco si troverà verosimilmente rimbalzata in un'altra istituzione dell'organizzazione sociale. Il controllo è una sorveglianza orizzontale, un potere panottico che agisce sui corpi, sbriciolando l'istituzionalizzazione in una moltitudine di sguardi che producono disciplina. *Credo che una delle principali prevenzioni della follia e della malattia mentale sia la lotta contro la miseria.*<sup>195</sup>

Dunque, non solo il circuito istituzionale è fatto da stanze sempre uguali, ma anche abitato dagli stessi ospiti. Nemico sociale è colui che infrange il patto sociale e la stessa infrazione commessa legittima il potere a occuparsi di lui in modo punitivo e preventivo. La sua è una colpa di cui rispondere davanti alla società, una responsabilità da ammettere e riconoscere. In questo riconoscimento trova finalità principale l'istituzione, con le sue prerogative stagnanti di guarigione e assimilazione alla norma.

Il Normale si instaura come principio di coercizione [...], tutto è un gioco di gradi di normalità, che sono segni di appartenenza a un corpo sociale omogeneo, ma che contengono un ruolo di classificazione, di gerarchizzazione, di distribuzione dei ranghi. Da una parte il potere di normalizzazione costringe all'omogeneità, ma dall'altra individualizza permettendo di misurare gli scarti, di determinare i livelli, di fissare le specificità e di rendere le differenze utili, adattandole le une alle altre. Si comprende come il potere della norma funzioni facilmente all'interno di un sistema di uguaglianza formale, poiché all'interno di una omogeneità che è la regola, esso introduce, come imperativo utile e risultato di una misurazione, tutto lo spettro delle differenze individuali.<sup>196</sup>

Commentando le parole di Foucault, si ritorna alla differenza tra “essere soggetto” e “fare il soggetto” di cui si diceva sopra. L'omogeneità coercitiva ha come rovescio della medaglia la legge della normalità. Il terreno è maturo per poter affermare che il linguaggio comune dei desideri, a cui consegue l'uniformità sociale, produce soggettività, proprio nel senso di una fabbricazione. *“L'individuo è senza dubbio l'atomo fittizio di una rappresentazione ideologica della società, ma è anche una realtà fabbricata da quella tecnologia specifica del potere che si chiama “la disciplina”.*<sup>197</sup> La psichiatria è entrata in crisi, da quando è stata disvelata la sua complicità con l'apparato istituzionale dei meccanismi di potere. Ovvero, da quando si è apprezzato che la sua epistemologia non era funzionale all'uomo, e alla sua biologica presenza nel mondo, ma all'ordine sociale, artificiosamente costruito. In un tale quadro, i suoi interventi di presa-in-cura hanno spesso finito per essere diramazioni sterili delle logiche di consenso sociale verso la punizione e l'emarginazione. Le sue pratiche, rappresentando talora adempimenti “medici” degli apparati politici, hanno contribuito ad alimentare il rapporto inversamente proporzionale tra mancanza di risposte ai bisogni e rafforzamento del circuito dei dispositivi del controllo. Con la chiusura del manicomio, il potere sul folle si è decentrato, frammentato e spazializzato. I margini, in quanto soglie della città, della produttività e del benessere, sono diventate le nuove istituzioni della diversità. Sulla lontananza

---

<sup>195</sup> F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit., p. 35.

<sup>196</sup> M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1993, pp. 201, 202.

<sup>197</sup> Ivi, p.212.

sociale e geografica che il confine evoca si gioca la nuova partita del potere: un controllo dell'abbandono, una conferma della periferia.

### 3.4 Effetti biologici della volontà di potenza

Tutto quanto fin qui scritto finirebbe quasi per apparire un *flatus vocis*, se non avessimo la possibilità di fornire al lettore un'esplicitazione effettiva delle tesi in questione, attraverso Nietzsche e l'eccezionalità della sua vita/opera. Dalla follia alla biologia, dal potere di verità delle istituzioni all'indiscusso senso di realtà che impregna i suoi testi, si cercherà di riattualizzare, ai fini della corrente esposizione, questi contenuti, senza tuttavia dare adito a una strumentale definizione del suo pensiero o della sua vita. D'altronde, il primo passo da compiere non appena s'intende porre Nietzsche al centro di una riflessione è tenere ben presente l'esclusività del suo vissuto, ivi compresa la sua opera. Di Nietzsche tutto si può ipotizzare e nulla si può affermare risolutivamente: ogni ipotesi è solo un sintomo della sua "*fatale esistenza*."

La fatalità della mia esistenza ne ha fatto la felicità, le ha dato, forse, il suo carattere unico: io, parlando per enigmi, come mio padre sono già morto, come mia madre vivo ancora e invecchio. Questa doppia discendenza, come dire dal più alto e dal più basso germoglio sulla scala della vita, *décadent* e inizio al tempo stesso – questo solo, se mai, può spiegare quella neutralità, quella libertà da qualunque partito di fronte al problema generale della vita, che forse mi contraddistingue. Mai nessuno ha avuto un fiuto più fine del mio per i segni dell'ascesa e della caduta, io sono il maestro *par excellence* di tutto questo, - conosco l'una e l'altra cosa, sono l'una e l'altra cosa- [...] Mettiamo pure da parte il fatto che io sono *décadent*: ebbene, ne sono anche l'antitesi. E posso provarlo, per esempio: io ho scelto sempre, per istinti, i rimedi giusti per i miei mali, mentre il *décadent* in sé sceglie sempre dei rimedi che lo danneggiano. Come *summa summarum* io ero sano; in qualche angolo, come mia specialità, ero un *décadent*.<sup>198</sup>

Nietzsche afferma di essere questo e quello, sano e malato, vivo e morto, senza con questo rappresentare una contraddizione. Anzi, è la malattia la causa della sua salute e viceversa: "*con ottica di malato guardare a concetti e valori più sani, o all'inverso, dalla pienezza e sicurezza della vita ricca far cadere lo sguardo sul lavoro segreto dell'istinto della *décadence* – questo è stato il mio più grande esercizio, la mia vera esperienza, l'unica in cui, se mai, sia diventato maestro.*"<sup>199</sup> Ma affrontiamo con ordine questi diversi livelli discorsivi. La maggior parte degli studiosi concorda sul far risalire il cosiddetto "crollo mentale" di Nietzsche al biennio compreso tra il 1888 e il 1890, quando si resero necessari i ricoveri in diverse cliniche tra la Svizzera e la Germania. Dire con esattezza di cosa soffrisse è impresa assai ardua, oltre che in antitesi con l'intento stesso di questo lavoro. Quel che si sa è che fin da giovane aveva alternato periodi di benessere a momenti di crisi. Talvolta passava settimane intere senza uscire di casa in preda a emicranie, giramenti di testa, spossatezza, nausea, insonnia: tutto quanto, anche la stessa condizione meteorologica era potenzialmente in grado d'indebolirlo, facendolo precipitare in uno stato di profonda sofferenza. Inizialmente questi malesseri furono attribuiti al contagio della sifilide, ipotesi smentita poi dal medico Leonard Sax, il quale constatò l'assenza dei sintomi consueti della malattia e soprattutto la sopravvivenza prolungata del filosofo. Ma la corsa diagnostica è andata avanti: "*dal disturbo bipolare all'avvelenamento da farmaci, da un meningioma benigno alla demenza frontotemporale, dalla*

<sup>198</sup> F. Nietzsche, *Ecce homo*, Adelphi, Milano, 2008, pp.17-19.

<sup>199</sup> Ivi, p.19.

*depressione ad un'arteriopatia cerebrale*"<sup>200</sup>, la quantità di giudizi nosografici è stata così ampia da poter creare, per sintesi e approssimazione, tre principali gruppi di cause:

in ordine a cause biologiche (la sorella della madre si era suicidata, gli altri fratelli soffrivano di varie forme depressive e il padre aveva sofferto di esaurimento nervoso), il filosofo di Röcken avrebbe potuto ereditare i suoi disagi psichici da una certa familiarità; in ordine a cause psichiche, il malessere avrebbe potuto aggravarsi negli ultimi dieci, quindici anni della sua vita a partire da alcune caratteristiche intrinseche della sua personalità (introversione, timidezza, diffidenza, sfiducia); infine, in ordine a eventi biografici (delusioni affettive, tradimenti, solitudine) i suoi disturbi psico-fisici avrebbero potuto, soprattutto nell'ultimo periodo, esasperare le sue forze e il suo equilibrio, facendolo precipitare nel mutismo e nella paralisi progressiva.<sup>201</sup>

Quindi, come si legge, non è mancata nemmeno una connessione tra il crollo e l'opulento sforzo creativo negli anni contemporanei o immediatamente antecedenti<sup>202</sup>. Si pensi, in questo senso, ai cosiddetti "biglietti della follia", che proprio in quegli anni Nietzsche inviò ad amici e conoscenti, firmandosi con gli pseudonimi più assurdi: Dioniso, il Crocifisso, l'Anticristo.<sup>203</sup>

Al di là dell'individuazione del momento preciso in cui le sue condizioni si sono aggravate e della causa esatta per cui è accaduto, quel che preme sottolineare è l'insensatezza di un confine tra il Nietzsche sano e il Nietzsche malato, sia rispetto alla sua biografia, sia rispetto alle sue opere. Così si esprime Foucault:

Poco importa il giorno esatto dell'autunno 1888 in cui Nietzsche è diventato completamente pazzo e a partire dal quale tutti i suoi testi appartengono non più alla filosofia ma alla psichiatria: tutti, compresa la cartolina postale a Strindberg, appartengono a Nietzsche e sono imparentati con *L'origine della tragedia*. Ma non bisogna pensare tale continuità sul piano di un sistema, di una tematicità e neppure di un'esistenza: la follia di Nietzsche, cioè lo sprofondarsi del suo pensiero, permette a questo pensiero di aprirsi sul mondo moderno. Ciò che la rende impossibile ce la rende presente; ciò che la strappava a Nietzsche la offre a noi.<sup>204</sup>

In queste righe si esplicita chiaramente l'inutilità di farsi interpreti razionali e rigorosi dell'opera di Nietzsche. L'inafferrabilità del suo pensiero non è una debolezza, ma la caratteristica peculiare, l'impostazione metodologica stessa: la contraddizione continua dei contenuti e il valore metaforico delle espressioni sono l'altra faccia dei suoi vissuti. Per cui la sua opera è la sua vita e viceversa. Indissolubilmente.<sup>205</sup> (*"Chi lotta con i mostri deve guardarsi di non diventare, così facendo, un mostro. E se tu scruterai a lungo in un abisso, anche l'abisso scruterà dentro di te."*<sup>206</sup>) Nietzsche ha attraversato il destino filosofico, interrogando continuamente la vita a partire dall'interrogazione di

---

<sup>200</sup> S. D'Autilia, *Per un coraggio di verità della diagnosi psichiatrica*, Esercizi filosofici, Vol.8, n.2, luglio-dicembre 2013, p. 90.

<sup>201</sup> Ivi, p.91.

<sup>202</sup> Nel 1886 *Al di là del bene e del male. Preludio di una filosofia dell'avvenire*; nel 1887 *Genealogia della morale*; nel 1888 *Il caso Wagner, Il crepuscolo degli idoli ovvero come filosofare a colpi di martello; L'Anticristo; Ecce homo; Nietzsche contra Wagner*.

<sup>203</sup> Cfr. M. Ferraris, *Storia della volontà di potenza*, in F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, Bompiani, Milano, 2005, (Dicerie intorno al crollo, pp.602-608).

<sup>204</sup> M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, op. cit. , p. 454.

<sup>205</sup> Nel testo *Freud e Nietzsche* di P. L. Assoun, è riportato il commento in proposito di Freud, secondo il quale Nietzsche avrebbe avviato una percezione endopsichica senza precedenti: *"Il grado d'introspezione raggiunto da Nietzsche non è stato raggiunto da nessuno prima di lui e non sarà mai raggiunto"* (Fioriti editore, Roma, 1998, p. 16). Inoltre, secondo il padre della psicoanalisi, sarebbe stato proprio il suo rilascio patologico a generare una sensibilità e un'intellegibilità di se stesso e del mondo così fuori dalla norma.

<sup>206</sup> F. Nietzsche, *La gaia scienza*, Adelphi, Milano, 2008, p.79.

sé, e proprio questo guardarsi come eccezionale esistenza-nel-mondo (“*io sono ogni nome della storia*”<sup>207</sup>) lo ha immunizzato da qualsiasi sguardo oggettivo. In questi termini, ogni definizione dei suoi malesseri coinciderebbe con l’allontanamento dal suo pensiero. Diagnosticarlo è tradirlo.

Non solo in Nietzsche si riscontra il valore imprescindibilmente soggettivo dell’esserci, ma ne abbiamo una vera e propria materializzazione nei suoi scritti. Il concetto di volontà di potenza, per l’appunto, come meglio potrebbe essere inteso se non come una risultante biologica o un effetto dell’*hic et nunc*? Non è il soggetto che ha di per sé dei bisogni, ma la sua particolare condizione di soggetto, in un a priori della sua presenza nel mondo. Vediamo in che senso.

All’espressione ‘volontà di potenza’ solitamente viene associata una raccolta di frammenti e aforismi che Nietzsche aveva composto nell’arco della vita e che, dopo diverse vicende di ordine compositivo ed editoriale, è stata pubblicata postuma non senza l’ingombrante intervento della sorella Elisabeth.<sup>208</sup> Nelle lezioni che Foucault tenne al Collège de France tra il 1970 e il 1971 sul tema della ‘volontà di sapere’ parla del concetto di ‘volontà di potenza’ come del punto di separazione esatto tra la verità e la conoscenza. Volontà di sapere e volontà di potenza quindi non sono la stessa cosa. Come spiegato dallo stesso Aristotele nel ben noto incipit<sup>209</sup> della *Metafisica*, la volontà di sapere nasce con l’uomo, prende avvio con la vita sensitiva: è un istinto, una tensione esplorativa; la volontà di potenza è invece l’effetto dello stare al mondo, con una particolare ambientazione e una precisa appartenenza. La volontà di potenza è una modalità della mondanità, nella misura in cui si esprime sempre in relazione alle condizioni biologiche, psicologiche, geografiche, storico-politiche e socio-culturali del soggetto. La prospettiva da cui ogni soggetto rivendica bisogni è una biosfera: ecco perché dei bisogni naturali non ci può essere definizione univoca e oggettiva.

Il celebre “*non esistono fatti ma interpretazioni*”<sup>210</sup>, tutt’altro che uno scacco alla scienza, è in realtà una valorizzazione della biologia: son sempre le nostre condizioni biologiche a farci guardare in un modo e non in un altro, ad avere determinate necessità e non altre e infine a covare precisi disagi e non altri.

Nietzsche non può sopportare la matematica strutturazione della realtà realizzata dal positivismo<sup>211</sup> imperante. Men che meno può tollerare di veder legiferare in maniera così schematica e certa sul soggetto, in un’epistemologia tutta orizzontale e ordinata dei suoi istinti. In queste poche righe non solo risalta il tema del corrente capitolo, l’oggettivazione del soggetto e dei suoi bisogni, ma soprattutto viene esplicitato il fatto che è il soggetto la condizione di possibilità del mondo, attraverso la sua individuale volontà di potenza, e non il contrario<sup>212</sup>. Tradotto nell’analisi che stiamo

---

<sup>207</sup> *Dicerie intorno al crollo*, op. cit. , p.603.

<sup>208</sup> Cfr. M. Ferraris, *Storia della volontà di potenza*, op. cit. ; M. Montinari, *Su Nietzsche*, Editori Riuniti, Roma, 1981.

<sup>209</sup> “*Tutti gli uomini hanno, per natura, il desiderio di conoscere; lo dimostra il piacere causato dalle sensazioni poiché, anche al di fuori della loro utilità, esse ci piacciono per se stesse e, più di tutte, le sensazioni visive.*” Occorre tuttavia precisare che se Aristotele ha parlato di ‘desiderio di conoscere’, in Nietzsche l’espressione corrispondente è ‘volontà di sapere’, giacché, secondo il teorizzatore del Superuomo, la conoscenza è un artefatto culturale, un’illusione comunitaria, il contrario della volontà di potenza che è sempre soggettiva e prospettica.

<sup>210</sup> F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, op. cit. , p. 271.

<sup>211</sup> Dopo Nietzsche, il soggetto come materia di studio della conoscenza s’indebolisce: non ha più quei connotati obiettivi tali da poter considerare autorevoli i saperi che analizzano la psiche. È forse il primo passo della parabola che destruttura l’impostazione positivista della scienza e che, ai fini della nostra ricerca, culmina in modo straordinario nella psichiatria inaugurata da Basaglia, altrettanto impegnata a mettere in crisi i capisaldi positivisti sull’uomo e il suo essere-nel-mondo.

<sup>212</sup> *Il concetto di sostanza deriva dal concetto di soggetto, e non viceversa! [...] Critica della realtà: dove conduce il “di più o di meno di realtà”, la gradazione dell’essere in cui crediamo? Il grado in cui sentiamo la vita e la potenza ci dà la misura dell’essere, della realtà, della non-appartenenza.*

(*La volontà di potenza*, op. cit. , p.273.)

conducendo, significa affermare che la volontà di verità istituzionale sul soggetto è una deviazione della scienza, un inganno, il lato non-politico della sua utilità all'uomo.

La verità è l'anima di ogni istituzione per la sua facoltà di amministrare i soggetti, producendo la differenza tra il vero e il falso. Nel caso specifico della follia, Foucault, oltre a dimostrare che il suo trattamento è sempre stato congeniale all'organizzazione della società voluta dal potere, fa notare come l'opposizione tra vero e falso che ne deriva non è veicolo di conoscenza, ma di fenomeni d'inclusione ed esclusione. In mezzo, tra vero e falso, inclusione ed esclusione, c'è il corpo, che è al tempo stesso causa e fine di verità, punto di partenza e di arrivo dei bisogni.

Il corpo assimila conoscenza, ma esibisce anche volontà di potenza: è su questa ambivalenza della corporeità che agisce il potere. Quanto più un corpo, contestualizzato nella sua peculiare realtà, risponde docilmente alla disciplina, tanto meno deve incedere su di esso la volontà di verità dell'istituzione. Quanto più resiste alla disciplina, tanto più deve essere oggettivo.

Guarigione e addomesticamento dei bisogni allora sono facce della stessa medaglia sul petto del potere. La normalizzazione è un'anestesia della soggettività, un azzeramento della volontà di potenza che interpreta il mondo a partire da precisi bisogni, nella misura di prezzo biologico del suo esserci. *“Similmente, ciò che distingue il fisiologico dal patologico non è una realtà oggettiva di tipo fisiologico, ma un valore biologico.”*<sup>213</sup> Una scienza della vita obiettiva che non si cura della radice biologica della salute in quanto ben-essere, dimentica che, al di là della realtà come possibilità di verità, non c'è norma davvero in grado di poter stimare la cifra patologica del soggetto, ovvero il suo capitale esistenziale.

Essere in salute è disponibilità ad adattarsi ad ambienti variati e poterli trasformare [...], la malattia è per Canguilhem, un comportamento di valore negativo che riguarda un vivente concreto, un individuo che si rapporta dialetticamente all'ambiente. In tal senso “non si dà patologia oggettiva”: la prima e l'ultima parola sulla malattia spettano al malato stesso che giudicherà la guarigione in termini di soddisfazione soggettiva, in relazione al suo vissuto. La sintomatologia si radica in una sofferenza, è mediata dalla coscienza infelice del malato. Il sapere che si vuole oggettivo non ha giurisdizione sulla normalità, la scienza non può dettare norme alla vita. [...] L'esistenza è interrogata a partire dalle sue radici biologiche, in esse s'instaura il problema del valore e del senso: è la vita stessa a stabilire la differenza tra salute e malattia. [...] Non spetta alla scienza, si è detto, imporre valori e norme alla vita, non esistono in tal senso scienze normative; la stessa validazione del giudizio scientifico dipende da un giudizio di valore.<sup>214</sup>

Il discorso sulla malattia, dove per malattia intendiamo l'indebolimento dell'integrità efficiente e produttiva, è sempre di tipo qualitativo, nei termini di una maggiore o minore qualità dell'appartenenza a una legge del tempo e dello spazio, a una storia del costume e della politica, per cui ne va dell'identità esistenziale del soggetto. Se la soggettività è l'enigma centrale delle scienze, il processo identificativo non può che costituirsi come un insieme di sguardi aperti e continui che fanno dell'indagine di senso sulla soggettività la precategoria di qualsiasi altra conoscenza. Si capisce che quanto più lo sguardo scientifico diventa prescrittivo e normativo, tanto più si dilata l'intervallo tra il soggetto e il mondo delle sue appartenenze. La soggettività per essere sostanziata dalla sua portata esistenziale necessita di sguardi qualitativi liquidi e fluttuanti, entro i quali la contraddizione si snoda come regola e il bisogno come risultato della presenza. Ugualmente *“la malattia, essendo una contraddizione che si verifica in un contesto sociale, non è solo un prodotto sociale, ma una*

---

<sup>213</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino, 1998, p.182.

<sup>214</sup> M. Porro, *Canguilhem: la norma e l'essere*, in G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino, 1998, pp. IX, X.

*interazione tra tutti i livelli di cui noi siamo composti: biologico, sociale, psicologico”.*<sup>215</sup> Sensibilizzando la coscienza medica e politica sull'impossibilità di curare il patologico senza occuparsi del biologico e del sociale, le parole di Basaglia sottoscrivono quella continuità tra vita e malattia che in queste righe si è cercato di dimostrare. O si prende a considerare la malattia come imprescindibilmente radicata nella realtà, oppure rimarrà sempre il contraltare della salute. Allo stesso modo, o s'inizia a guardare il folle come un uomo con delle necessità e dei bisogni, alla stregua di tutti gli altri uomini, oppure resterà sempre l'avversario del contratto sociale.

Un individuo malato ha, come prima necessità, non solo la cura della malattia, ma molte altre cose: ha bisogno di un rapporto umano con chi lo cura, ha bisogno di risposte reali per il suo essere, ha bisogno di denaro, di una famiglia e di tutto ciò di cui anche noi medici che lo curiamo abbiamo bisogno. Questa è stata la nostra scoperta. Il malato non è solamente un malato, ma un uomo con tutte le sue necessità.<sup>216</sup>

---

<sup>215</sup> F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit. , p. 99.

<sup>216</sup> Ivi, p.10.

## Appendice

**Per un esempio pratico dei contenuti: *Il delirio di Sandro*<sup>217</sup>**

**(di Nerella Buzzoni, infermiera Centro di salute mentale Maddalena)**

### *-Presentazione:*

Sandro ha 36 anni. Ha frequentato la scuola fino alla terza media, poi ha lasciato, sia perché lo studio non lo interessava, sia perché desiderava trovare un'occupazione per diventare indipendente dalla famiglia. Lo conosco in carcere, dove si trova da circa un anno per resistenza a pubblico ufficiale. Non ha amici e la famiglia da tempo ha perso le sue tracce. Gli assistenti sociali dell'Uepe (Ufficio esecuzione penale esterna) mi dicono che Sandro non ha casa, né lavoro. Sta molto male e la sua psicosi rende complicato ottenere informazioni direttamente da lui. È un ragazzo tranquillo e gentile, ma non accetta le cure né gli incontri con gli operatori sanitari, anche perché non ha coscienza della sua malattia. [...] Già in precedenza c'erano stati tentativi di contatto tra il Csm (Centro di salute mentale) e Sandro, su segnalazione dell'assistente sociale. Tentativi sempre falliti, interrotti dalle sue fughe, anche dalla città, pur di sottrarsi alle cure. La fuga è una costante di Sandro, e ora il carcere lo tiene stretto tra quattro mura, con una disciplina tutt'altro che morbida, mentre lui fantastica di essere un *marine* in missione in qualche paese straniero.

### *-Contesto sociale:*

Il contesto relazionale nel quale ci troviamo a intervenire è molto povero. I familiari non sono nemmeno al corrente della carcerazione del figlio, lo pensano in viaggio di lavoro. Già da prima i contatti dei genitori con Sandro erano pressoché nulli: pur essendo a conoscenza delle precarie condizioni di vita del figlio non sono mai intervenuti, perché "ha sempre avuto un carattere difficile, è grande e sta facendo la sua vita." [...] Una volta uscito di casa, ancora adolescente, il ragazzo viene ospitato dal nonno, ma quando il nonno muore la deriva è totale. Dapprima si aiuta con qualche lavoro saltuario, ma la situazione a poco a poco peggiora. Gli amici spariscono, forse spaventati dall'insorgere delle prime difficoltà economiche e dal suo modo di vivere.

Prima di entrare in carcere, il ragazzo vagava per il nord Italia, usando treni e mezzi di fortuna, entrando in contatto con servizi di salute mentale di altre città. Servizi da cui riusciva a fuggire per tornare sempre a Trieste, dove abitava in alloggi di fortuna, lavandosi dove capitava, in stazione o in ospedale, e appoggiandosi alle mense della Caritas e di Montuzza. Malgrado le precarie condizioni di vita, tiene molto al suo aspetto e all'igiene personale; è sempre pulito e curato.

### *-Habitat:*

Sandro non ha mai avuto una casa, anche se racconta di essersi appoggiato al garage di un amico. Non ha alcun reddito; in passato ha fatto qualche lavoretto come facchino o trasportatore.

---

<sup>217</sup> Nell'ambito dei percorsi di cura e salute dell'Ass. n.1 "Triestina", in collaborazione con l'Enaip - Friuli Venezia Giulia, sono state raccolte storie di cura e partecipazione nel dossier "Microstorie", Trieste, 2015. Il caso che proponiamo qui (pp.83, 84, 85) esplicita molti dei temi che il presente capitolo ha trattato. La presa in carico di Sandro da parte dei servizi ha dovuto far fronte non tanto, o meglio non solo, al disagio psichico pure presente, ma soprattutto alla fila di bisogni materiali, carenze emotive, domestiche e lavorative presenti nella sua vita.

*-Presa in carico: obiettivi:*

L'obiettivo principale della presa in carico è abilitare e riabilitare Sandro, per restituirgli la sua dignità di uomo e di cittadino che esercita dei diritti, diventando parte attiva della società in cui vive. Trovare casa e lavoro, e ricostruire una rete di relazioni e legami, familiari e di amicizia. [...]

*-Osservazioni:*

Il rifiuto del ragazzo a lasciarsi avvicinare è stato il primo grosso ostacolo. Perciò, nell'avviare un percorso riabilitativo, di potenziamento e sviluppo delle sue capacità, abbiamo adottato un approccio tendente a rafforzare sentimenti di sicurezza e fiducia interpersonale. Un secondo ostacolo nella presa in carico è stata la scarsità di risorse.

*-Servizi e risorse attivate:*

Il Csm ha svolto un ruolo centrale nella presa in carico, definendo gli obiettivi dell'intervento e svolgendo tutte le attività e funzioni necessarie che si possono così elencare:

- accoglienza e avvio del percorso terapeutico, basato sulla conoscenza reciproca e sull'individuazione di un *case manager* in grado di definire i bisogni prioritari da soddisfare;
- impostazione di una terapia farmacologica modulata;
- ripresa dei contatti con la famiglia, sostenendola nel percorso di riavvicinamento al figlio;
- avvio di un percorso di ripresa della salute (scelta del medico curante, percorso in stomatologia, esami ematochimici, strumentali, visite specialistiche);
- attivazione della Uot (Unità operativa territoriale) per ottenere un iniziale contributo economico;
- attivazione di una borsa lavoro presso una cooperativa sociale;
- adesione alla Polisportiva per offrire momenti di svago e incontro con altri ragazzi;
- riconoscimento dell'invalidità civile e ottenimento della pensione d'invalidità;
- ricerca di una casa o di un abitare assistito, valutando le sue capacità di gestire la vita quotidiana (pulizia dell'abitazione, preparazione del cibo).

*Servizi assistenziali:*

Incontri con l'assistente sociale della Uot per ottenere aiuti e sussidi economici. [...]

*Cooperativa sociale:*

Apertura di una borsa lavoro

*-Esiti:*

Un profondo cambiamento si è verificato quando Sandro ha ritrovato gli affetti familiari, e soprattutto il rapporto con la madre e un fratello. Grazie a queste due figure, il nostro ingresso "in punta di piedi" nella vita di Sandro ha acquistato credibilità e forza, e quello che agli inizi era un progetto di cura per lui difficile da condividere e accettare, si è trasformato nella progressiva e consapevole acquisizione

di diritti, personali e sociali, a cui corrispondono doveri e responsabilità.

Ora Sandro dispone di un medico curante, e di una rete di servizi a cui rivolgersi quando ne ha bisogno. Abita in una casa decorosa, di cui ha molta cura, ed è circondato da buoni rapporti di vicinato. Ha fatto amicizia con nuove persone, anche al di fuori del Csm, con cui riesce a confrontarsi. È insomma diventato un soggetto attivo, cessando di essere oggetto di dinamiche di abbandono ed emarginazione.

## Capitolo 4

### *Debolezza e Potere*

*“In un angolo remoto dell’universo scintillante e diffuso  
attraverso infiniti sistemi solari c’era una volta un astro,  
su cui animali intelligenti scoprirono la conoscenza.  
Fu il minuto più tracotante e più menzognero  
della “storia del mondo”:  
ma tutto ciò durò soltanto un minuto.  
Dopo pochi respiri della natura, la stella s’irrigidì e  
gli animali intelligenti dovettero morire.”<sup>218</sup>*

Nel 1999 Agostino Pirella<sup>219</sup> scriveva:

La crisi profonda che scuote la psichiatria non è destinata a risolversi nel breve periodo. Si tratta di una crisi che è strettamente collegata alla nascita del manicomio e della sua logica, rapidamente orientata – dopo i germi (o le ipotesi) di liberazione di Pinel, in Francia, dei Tuke e di Conolly in Gran Bretagna – a fare i conti con il sistema di potere statale instaurato nel XIX secolo, ed oggi, con la contraddizione che ancora lacera la psichiatria: essere cioè essa una pratica e una dottrina (e dunque una scienza?) curativa e terapeutica, e quindi orientata verso (e motivata da) istanze di liberazione, ma, al tempo stesso, essere costretta dentro una griglia istituzionale e legislativa di custodia, di controllo e di normalizzazione.<sup>220</sup>

Il passaggio riportato introduce in maniera assai eloquente il tema oggetto del capitolo. Quando Pirella parla di crisi “*strettamente collegata alla nascita del manicomio e della sua logica*” si riferisce a quelle motivazioni storiche, sociali e politiche che dagli internamenti di massa dei secoli XVII e XVIII<sup>221</sup> hanno contribuito a instaurare una complicità tra l’istituzione psichiatrica e il potere di stato. Se in sostanza volessimo rintracciare un inizio di quella che, a ragione, è stata definita una “*crisi profonda che scuote la psichiatria*”, la dovremmo individuare proprio lì dove ha preso avvio la sua

<sup>218</sup> F. Nietzsche, *La filosofia nell’epoca tragica dei Greci*, Adelphi, Milano, 2006, p.227.

<sup>219</sup> Amico e collaboratore di Basaglia, arrivò a Gorizia nel 1965, dopo essersi laureato in Medicina a Parma nel 1954 e aver maturato un’esperienza di quasi dieci anni negli ospedali psichiatrici. Ufficialmente divenne direttore del manicomio di Gorizia nel 1969, quando Basaglia cominciava ad allontanarsi dalla città. Nel 1971 fu poi nominato direttore ad Arezzo, nel cui ex manicomio dette vita a una sorta di “nuova Gorizia”, che destò l’interesse di studenti, militanti, volontari e intellettuali.

<sup>220</sup> A. Pirella, *Il problema psichiatrico*, op. cit. , p.42.

<sup>221</sup> È in risposta a esigenze di ordine giuridico-amministrativo che in questi secoli prendono avvio i copiosi internamenti nei più grandi ospedali europei. Nel caso della Francia, ad esempio, la ricostruzione di Foucault vede l’*Hôpital Général de Paris* come una sorta di terzo stato della repressione: una via di mezzo tra la polizia e la giustizia, la cui priorità è l’emarginazione della devianza, scevra di esercizio medico. Omosessualità, libertinaggio, eresia, esercizio di magia o stregoneria sono debiti da assolvere nei confronti della morale pubblica: l’internamento, col rituale della pena e del castigo, è una colpa da spiare e di cui rendere conto direttamente al potere centrale. (“È noto che il XVII secolo ha creato grandi case d’internamento, ma è meno noto che in pochi mesi più di un parigino su cento si è trovato rinchiuso.” *Storia della follia*, op. cit. , p. 54.)

ragion d'essere istituzionale.

In relazione a questo assunto di base, vedremo il capitolo strutturato in quattro paragrafi che tengano conto del mandato attraverso cui la psichiatria inizia ad adempiere la sua funzione medico-sociale; dell'esercizio della diagnosi; dell'introduzione, l'uso e l'abuso di psicofarmaci e, infine, degli aspetti epistemologici che hanno condotto il sapere psichiatrico verso un deterioramento progressivo del suo paradigma.

#### 4.1 Nascita della psichiatria, tavoli di anatomia e anfiteatri accademici

Dalla congiunzione delle due parole greche *mania* (ovvero pazzia) e *komion* (ovvero ospedale, dal verbo *komèo* curare), s'intuisce la legittimazione etimologica della funzione sociale e politica del manicomio: curare la follia, dove per cura deve intendersi prima l'eredità medievale della custodia dei lebbrosi nei lebbrosari, e poi la separazione dal resto della società di quanti erano affetti da malattie veneree.

Dapprima furono le malattie veneree che dettero il cambio alla lebbra. Tutt'a un tratto, alla fine del XV secolo, succedono alla lebbra come per diritto ereditario. Esse vengono accolte in numerosi ospedali per lebbrosi [...] Fatto curioso da constatare: sotto l'influsso del mondo dell'internamento, così come esso si è costituito alla fine del XVII secolo, la malattia venerea si è in una certa misura staccata dal suo contesto medico, e si è integrata, accanto alla follia, in uno spazio morale di esclusione. Di fatto non è qui che va cercata la vera eredità della lebbra, ma in un fenomeno assai complesso e del quale la medicina s'impadronirà solo dopo molto tempo. Questo fenomeno è la follia.<sup>222</sup>

Come si capisce, i lebbrosari fanno testamento a favore dei manicomi, ed evidentemente non in termini di presa-in-cura, ma in relazione al controllo e all'emarginazione, ovvero al dualismo sociale tra buono e cattivo; onesto e colpevole; produttivo e improduttivo. Non è una prestazione riabilitativa e curativa quella del manicomio, ma l'emanazione istituzionale di un giudizio di valore, che, come descritto<sup>223</sup> da Nietzsche nella *Genealogia della morale*, è strutturato secondo le dinamiche di quel *pathos* della distanza che il buono (o il nobile) prende da chi è sotto o inferiore.<sup>224</sup> La diversità è una colpa da espiare con l'internamento: è un debito verso la morale pubblica. I colpi di frustra che sanciscono l'ingresso in ospedale, a seguito delle arbitrarie *lettres de cachet*<sup>225</sup>, rappresentano la risposta che l'ordine politico elabora verso l'offesa arrecata al buon costume.

---

<sup>222</sup> M. Foucault, *Storia della follia*, op. cit. , pp.14,15.

<sup>223</sup> Cfr. capitolo 1.

<sup>224</sup> "A offrirmi l'indicazione della via giusta fu il problema di quel che devono propriamente significare, sotto il riguardo etimologico, le designazioni di 'buono' coniate dalle diverse lingue: trovai allora che esse si riconducono tutte a un'identica metamorfosi concettuale, che ovunque 'nobile', 'aristocratico', nel senso di ceto sociale, costituiscono il concetto fondamentale da cui ha tratto necessariamente origine e sviluppo l'idea di 'buono', nel senso di 'spiritualmente nobile' e 'aristocratico', nel senso di 'spiritualmente ben nato', 'spiritualmente privilegiato': uno sviluppo che corre sempre parallelo a quell'altro, il quale finisce per far trapassare il concetto di 'volgare', 'plebeo', 'ignobile' in quello di 'cattivo'." (F. Nietzsche, *Genealogia della morale*, op. cit. , p. 17.)

<sup>225</sup> Nella storia dell'*Ancien Régime* erano lettere firmate direttamente dal Re di Francia e contenevano ordini di materia quasi sempre sociale cui non si poteva fare appello. Le più celebri erano quelle di condanna in un carcere, espulsione dal territorio, o ricovero in un ospedale senza che il soggetto potesse avere diritto a un processo e una difesa. I ceti sociali più abbienti potevano inoltre acquistare dall'amministrazione reale queste lettere per sbarazzarsi di soggetti scomodi e indesiderati.

L'Hôpital Général deve dunque ricevere i 'corrotti', ma non li accetta senza formalità [...] Non si potrà dunque essere ammessi al quartiere del 'grand mal' senza un'attestazione: non un biglietto di confessione ma un certificato di punizione. [...] A questo punto, e solo allora, si è codificato tutto questo cerimoniale nel quale si uniscono, in una stessa intenzione purificatrice, i colpi di frusta, le medicazioni tradizionali e il sacramento della penitenza.<sup>226</sup>

Si capisce che gli esecutori materiali del cerimoniale punitivo, benché gravitino nell'orbita della cura, agiscono tuttavia sotto l'egida del potere e della ragione, al punto da poter affermare con Foucault che: "il linguaggio della psichiatria, che è monologo della ragione sulla follia, si è potuto stabilire solo su un tale silenzio."<sup>227</sup> Ovvero: la condizione entro la quale la psichiatria ha preso avvio e operato riguarda tanto la complicità col potere che razionalizza le masse, quanto, di conseguenza, il divieto del dissenso da parte di queste ultime. Un sapere unilaterale, senza interlocutori e sguardi dialettici, con la sola finalità di preservare l'ordine sociale, contrastando la diversità. Una disciplina insomma già in crisi dalle fondamenta, già in contraddizione con la sua funzione di cura (*iatros*) dell'anima (*psyché*).

La pienezza della storia è possibile unicamente nello spazio vuoto e popolato al tempo stesso di tutte quelle parole senza linguaggio che fanno sentire a chi porge l'orecchio un rumore sordo sotto la storia, il mormorio ostinato di un linguaggio che parlerebbe da solo, senza soggetto parlante e senza interlocutore, schiacciato su se stesso, stretto alla gola, che sprofonda prim'ancora di aver raggiunto qualsiasi formulazione e che torna senza strepito al silenzio di cui non si è mai liberato. Radice calcinata del senso.<sup>228</sup>

Volendo fare un passo indietro, per procedere con un minimo di ricognizione storica, è nell'800 che l'Europa moderna e industrializzata assiste alla nascita della psichiatria. Proprio del 1800 è il *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*<sup>229</sup> di Philippe Pinel<sup>230</sup> che, considerato il padre della psichiatria, consacrò il manicomio alla cura dei folli, rigorosamente separati dal resto della società. Allievo di Philippe Pinel è Jean-Étienne Esquirol, il quale approcciò la malattia mentale con un'analisi profondamente descrittiva, sostenuta da una sistematica osservazione clinica<sup>231</sup>. Svolsse un ruolo di primo piano nella promulgazione da parte del Parlamento francese della legge del 1838 che disciplinava l'internamento e l'organizzazione del manicomio: il malato di mente riceve lo statuto sociale di alienato, e in quanto tale la sua gestione è completamente affidata all'istituzione manicomiale.

---

<sup>226</sup> M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, op. cit. , pp.88,89.

<sup>227</sup> M. Foucault, *Follia e discorso*, Feltrinelli, Milano, 2014, p.50.

<sup>228</sup> Ivi, p.53.

<sup>229</sup> Nel *Trattato* viene redatta una classificazione delle malattie mentali raccolte nell'ordine di melanconia (o delirio parziale), mania (o delirio generalizzato), demenza (indebolimento generalizzato delle funzioni intellettuali) e idiotismo (mancanza totale delle funzioni intellettive), senza tuttavia alcun cenno alle nevrosi, prese in considerazione nel testo *Nosografia filosofica* del 1798.

<sup>230</sup> Dapprima attivo presso l'ospedale di Bicêtre (1793) nella periferia meridionale di Parigi, fu poi nominato direttore del grande complesso psichiatrico della Salpêtrière.

<sup>231</sup> *Delle passioni considerate come cause, sintomi e mezzi curativi dell'alienazione mentale e Delle malattie mentali* sono i testi principali in cui Esquirol mette in pratica la psicopatologia descrittiva che specifica caratteri e peculiarità delle patologie prese in esame. Rispetto a quella che Pinel aveva considerato malinconia con delirio, Esquirol propone la denominazione di 'lipomania' (dal greco tristezza e mania) per denotare tutte quelle forme di alienazione mentale causate da un'alterazione affettiva che colpisce l'universo emotivo e passionale, ovvero l'anticipazione di quella che oggi è nota come depressione. La mania è invece caratterizzata da un delirio generalizzato con un'alterazione della sensibilità e dell'intelletto, l'antenata di quella che diverrà poi la schizofrenia.

Il pazzo, emerso come problema della rottura rivoluzionaria, si ritroverà alla fine del processo dotato dello statuto completo di alienato: completamente medicalizzato, cioè integralmente definito in quanto personaggio sociale ed in quanto tipo umano dell'apparato che si è conquistato il monopolio della sua gestione legittima.<sup>232</sup>

Quello che diventerà il Linneo della psichiatria, Emil Kraepelin, opera invece in Germania, a cavallo tra fine '800 e inizio '900, in un momento storico di grande entusiasmo e fiducia nella scienza<sup>233</sup>: il positivismo imperante obbliga anche la psicopatologia a una nosografia minuziosa e metodica. Lo stesso Kraepelin lamenterà infatti un'arretratezza nelle conoscenze anatomiche, nello studio della frequenza dei sintomi necessari e contingenti, quindi nell'analisi statistica basata su un'osservazione meticolosa e pignola: ogni malattia mentale è nella psichiatria kraepeliniana il processo di una chiara causalità deterministica. Il *Trattato di psichiatria* del 1883 e l'*Introduzione alla clinica psichiatrica* del 1901 sono i due testi di riferimento<sup>234</sup>. Il *Trattato*, con le sue 9 riedizioni, (l'ultima è del 1927), ha gettato i semi di quella nosografia psichiatrica intenta a differenziare sempre più peculiarmente una malattia dall'altra – si pensi alla costante e progressiva crescita di categorie diagnostiche descritte dal 1952 a oggi dalle varie edizioni del DSM<sup>235</sup>. L'*Introduzione* ha invece esposto i capisaldi della metodologia kraepeliniana rimasti a lungo in auge nella clinica psichiatrica: la malattia mentale non è né enigmatica né incomprensibile, non c'è proprio niente da capire, essendo sprovvista di una qualsiasi logica o coerenza; i sintomi della malattia sono anomalie causate direttamente da un danno organico; la soggettività del paziente e le sue vicende non hanno alcuna ingerenza nello sviluppo della patologia; il malato è portatore di una malattia da studiare attraverso le sue manifestazioni sintomatiche. È in relazione a quest'ultimo aspetto che il malato di Kraepelin viene portato in aula, davanti agli occhi degli studenti, per dare dimostrabilità dei sintomi e visibilità della follia. La rigidità della clinica kraepeliniana, imperniata sull'arte dell'osservazione empirica, considera i sintomi alla stregua di asettici dati oggettivi su cui costruire la descrizione e la catalogazione delle malattie. A partire da questo momento, la psichiatria fa il suo ingresso ufficiale nel campo delle scienze naturali e il malato diviene niente più che un manichino da esibire e mettere in mostra per le sue particolarità.

Signori! Prenderemo oggi in esame dei quadri clinici veramente strani. Vedono anzitutto una donna di 24 anni, domestica, che reca sul volto e in tutta la persona i segni d'una denutrizione gravissima. Tuttavia la malata è in continuo movimento, fa passi innanzi, passi indietro; si attorciglia la treccia alle mani, poi la scioglie e così via. Provando a trattenerla in queste sue mosse, troviamo una forza di resistenza inattesa; se mi colloco a lei dinanzi con le braccia aperte per impedirle il passo, mi scappa di sotto il braccio continuando la sua corsa. La sua fisionomia è di solito immobile e priva di espressione; ma se la si tiene ferma a forza, allora essa contrae tutta la faccia, e dà in un pianto lamentoso, che cessa subito appena la si abbandoni. Vedano come tiene stretto tra le ultime dita della mano sinistra un tozzo di pane, e quanta resistenza oppone a chi glielo vuol prendere. Lasciata quieta, non si cura di niente

---

<sup>232</sup> R. Castel, *L'ordine psichiatrico*, op. cit., pp. 4,5.

<sup>233</sup> Per tutti i settori scientifici è un periodo di progressi straordinari. Nel campo anatomo-patologico si assiste alla scoperta dei microrganismi patogeni alla base delle malattie infettive; mentre in ambito neurologico si ottiene una conoscenza analitica del sistema nervoso, della sua anatomia e della sua fisiologia, così come delle patologie ad esso riferite (le demenze degenerative, le intossicazioni e le forme presenili.) Queste scoperte bastano a condurre anche la psichiatria su impostazioni eminentemente organiche e somatiche.

<sup>234</sup> Se da una parte Kraepelin fa rientrare l'intera psicopatologia maniacale sotto il concetto generale di psicosi maniaco-depressiva, dall'altra dedica ai disturbi psicotici (che oggi chiamiamo 'schizofrenici' dalla coniazione che ne fece Bleuler nel 1911 nel testo *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*) un'attenzione particolare, raccogliendoli intorno al concetto di '*dementia praecox*' o demenza precoce. Con questa espressione allude a un quadro di disturbi che evolvono rapidamente verso la demenza o l'indebolimento mentale (compromissione dell'attività sensoriale; allucinazioni uditive, visive, tattili; attenzione distraibile o spenta; confusione verbale; perdita di coerenza), in concomitanza di altri sintomi variabili e contingenti.

<sup>235</sup> Sigla di *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* di cui parleremo nel prossimo paragrafo.

e di nessuno; se la si punge con un ago nella fronte, si muove appena, non si difende, e si tiene piantato l'ago nella pelle senza scomporsi, continuando le sue corse su e giù simili a quelle di una fiera in gabbia. Alle domande non risponde quasi mai, tutt'al più scuote la testa. Qualche volta parla invece da sola, ripetendo più volte le stesse espressioni in tono di lamento: "O caro Dio, o caro Dio; o cara madre, o cara madre". Non obbedisce a nessun invito; e oppone resistenza a quello che si vuole farle. Evidentemente però essa comprende ciò che avviene intorno a lei, perché ad esempio è pronta a nascondere la mano appena si accenni col discorso a volerle togliere il pane.<sup>236</sup>

Si tratta di una descrizione che riflette molto bene il clima della psichiatria ottocentesca, che conduce il malato "*nell'anfiteatro della lezione*"<sup>237</sup> e lo mostra all'aula come si esibisce un "*fegato cirrotico sul tavolo anatomico*"<sup>238</sup>, alla ricerca dei segni della malattia, a caccia delle stranezze della follia. Il volto e il comportamento della persona sono facili lasciarsi passare verso la comprensione della malattia: "*la sua fisionomia è di solito immobile e priva di espressione*"; "*vedano come tiene stretto tra le ultime dita della mano sinistra un tozzo di pane, e quanta resistenza oppone a chi glielo vuol prendere*"; "*lasciata quieta, non si cura di niente e di nessuno*".

Da quest'ordine di discorsi al biodeterminismo lombrosiano il passo è breve. Cesare Lombroso, medico e giurista italiano, è noto per aver fondato l'antropologia criminale, disciplina dalla quale saranno fortemente influenzate sia la psichiatria che la giustizia successive. Le idee di Lombroso affondano le radici nella convinzione che tanto i comportamenti dei pazzi quanto quelli dei criminali siano contraddistinti da un comune atavismo della psiche, che risalirebbe a epoche zoologiche precedenti. La prova di questa regressione è da ricercarsi in una serie di caratteri anatomici e morfologici dei soggetti, i quali, una volta individuati, devono essere allontanati dalla società. Tali regressioni non sono infatti suscettibili di alcuna cura o riabilitazione: l'unica soluzione è l'internamento. Lavorando in unità di malati mentali e carceri, Lombroso esamina strutture craniche e anatomiche: nelle sue analisi annota peso, altezza, sensibilità al dolore, anomalie ereditarie e deficit intellettivi, fino alla nascita della nozione di "criminale nato". Nel testo *L'uomo delinquente* così scrive:

Gli omicidi abituali hanno lo sguardo vitreo, freddo, immobile, qualche volta sanguigno e iniettato; il naso spesso aquilino, adunco o meglio grifagno, sempre voluminoso; robuste le mandibole, lunghi gli orecchi, larghi gli zigomi, crespi, abbondanti i capelli ed oscuri; assai di frequente scarsa la barba, denti canini molto sviluppati, labbra sottili, frequenti il nistagno e le contrazioni unilaterali del volto, con cui scopronsi i denti canini quasi a sogghigno o minaccia.<sup>239</sup>

Se oggi queste descrizioni possono apparire grossolane e improprie, occorre segnalare che all'epoca rappresentavano un vero e proprio punto d'eccellenza e influenzarono buona parte degli studi criminologici.

La data ufficiale di nascita dell'antropologia criminale è il dicembre 1870, quando esaminando il cranio di un brigante calabrese, Lombroso scopre una "*fossetta cerebellare mediana al posto di una cresta, che esattamente riproduce le condizioni del cervelletto nel quinto mese dell'età fetale e nei roditori adulti*"<sup>240</sup>. È la prova ricercata da tempo per dimostrare che "*regressioni mostruose avvicinano l'uomo ad animali inferiori e sono causate da un arresto di sviluppo allo stato fetale*"<sup>241</sup>.

<sup>236</sup> E. Kraepelin, *Introduzione alla clinica psichiatrica*, Società editrice libraria, Milano, 1905, pp. 24, 25.

<sup>237</sup> F. Basaglia, *L'istituzione negata*, op. cit., p. 309.

<sup>238</sup> Ibidem.

<sup>239</sup> C. Lombroso, *L'uomo delinquente*, Fratelli Bocca, Roma, 1878, p.49.

<sup>240</sup> Cit. in V. de Mattos, *Una via d'uscita*, Alpha Beta Verlag, Merano, 2012, p.80.

<sup>241</sup> Ibidem.

Sono i semi di una scienza nuova che può rivendicare il diritto di un controllo totale sui folli, accostati non di rado alla pericolosità, in virtù di una confermata alterazione organica e morfologica: è proprio in linea con questo paradigma che il criminale nato non può essere considerato penalmente responsabile delle sue azioni, ma deve essere tenuto lontano dalla società in un'istituzione specifica<sup>242</sup> di segregazione e custodia.

Risulta evidente che, con le teorie lombrosiane e la distanza oggettivante kraepeliniana, il positivismo, proprio nella sua etimologia di *positum*, ciò che è posto, ovvero un dato di fatto, raggiunge, almeno nell'ambito di cui ci stiamo occupando, il suo apice e corona il sogno della sistematizzazione rigorosa e capillare del sapere. Una caratteristica che, se da una parte va di pari passo e riflette l'entusiasmo della classe borghese per i progressi dell'industrializzazione europea e dell'espansione coloniale in Asia e in Africa, dall'altra getta inesorabile i semi della sua stessa crisi. Nel giro di pochi decenni si affacciano infatti quasi simultaneamente sulla scena della psicopatologia una varietà così ampia e frammentata di approcci alla malattia da poter registrare un'evidente disgregazione dell'unità di metodo e analisi.

Siamo a cavallo tra XIX e XX secolo: la nosografia kraepeliniana è messa in scacco da tre orientamenti che, vivi ancora oggi, intendono fornire un'alternativa alla convinzione che i disturbi mentali rispondano a disfunzioni di origine organica, senz'alcuna ingerenza da parte del contesto in cui il soggetto vive.

Il primo è l'orientamento psicoanalitico che, nella fattispecie, si distingue dalla psichiatria ufficiale per il modo di leggere i sintomi: non più come oggettive alterazioni di un danno cerebrale, indipendenti dal soggetto e dalle situazioni che si trova a vivere, ma come elementi dotati di senso ben fondato e contestualizzato. Il fondamento e la strutturazione del sintomo appartengono all'inconscio, che rappresenta il mirino dell'indagine psicoanalitica. Lo psicoanalista non solo deve tener conto dell'unicità esclusiva di ogni paziente e dei suoi sintomi, ma deve anche contribuire attivamente alla ricostruzione della causa che ha generato il problema, in modo da colmare, con la spiegazione eziopatogenica, il salto tra il rimosso e il disturbo.

L'orientamento fenomenologico-esistenzialista, di cui si è già parlato nel capitolo 1, è particolarmente influenzato dai due movimenti filosofici di quegli anni: la fenomenologia e l'esistenzialismo appunto. Benché siano moltissime le peculiarità che differenziano questo approccio dalla psichiatria di matrice positivista, in queste righe ci si limita a dire dell'importanza di cogliere l'essenza del soggetto, il suo particolare modo di stare al mondo, la sua temporalità e progettualità, operando una sospensione di giudizio delle precedenti teorie o conoscenze, e calando il disturbo nella peculiare cornice esistenziale della persona.

Il modello clinico-strutturale infine risente delle due anime della psicopatologia del tempo: quella dei manicomi, sensibile soprattutto alle psicosi e quella freudiana, attenta ai fenomeni nevrotici. Nell'opera *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, Eugen Bleuler propone di applicare le teorie sulla nevrosi<sup>243</sup> alla distinzione kraepeliniana tra sintomi necessari e contingenti propria delle

---

<sup>242</sup> Malgrado la mancanza di una legge specifica che legiferasse in merito, si è visto nel capitolo 2 che a distanza di pochi anni, nel 1876, il nostro paese vide la nascita del primo manicomio criminale, una sezione della Casa penale per invalidi di Aversa. Neanche il codice penale Zanardelli del 1889 si espresse in merito; solo vi compariva un articolo, il 46, che prevedeva il proscioglimento per infermità mentale. Sarà solo il r.d. del 1° Febbraio 1891 a pronunciarsi in questo senso, utilizzando per la prima volta giuridicamente il termine 'manicomio giudiziario'.

<sup>243</sup> I contributi psicoanalitici di quegli anni stavano dimostrando che non necessariamente i sintomi erano causati da lesioni organiche. Nel caso delle nevrosi si trattava per lo più di espressioni simboliche di conflitti interiori radicati nei vissuti del soggetto e riferiti a un compromesso psichico tra il desiderio e la difesa.

psicosi. Non necessariamente le forme di *dementia praecox* descritte da Kraepelin sfociavano infatti in quell'indebolimento mentale che era stato considerato segno caratteristico della malattia. Secondariamente Bleuler si rendeva conto che, se anche quest'indebolimento avveniva, non poteva essere riferito a una lesione organica con determinismo certo: mentre nella demenza vera e propria si registra una perdita di molte funzioni cognitive (memoria, coscienza, senso del tempo e dello spazio), nelle psicosi questo non accadeva necessariamente. Per entrambi questi motivi Bleuler propose di sostituire l'espressione '*dementia praecox*' col termine '*schizofrenia*', per alludere alla scissione della vita psichica (pensiero, concetti, e associazioni) come condizione preliminare della malattia.

Anche le analisi di Kurt Schneider, Henry Ey e John Huggings Jackson hanno contribuito allo sviluppo della scuola clinico-strutturale, sia limitatamente alla distinzione tra sintomi primari e secondari, sia rispetto all'ideazione di un modello organo-dinamico di spiegazione delle alterazioni mentali.

È opportuno poi ricordare che nel secondo dopoguerra trovano affermazione ulteriori due orientamenti, quello sistemico e quello cognitivo. Il primo si dedica allo studio familiare e relazionale, per evincere caratteristiche psicologiche e comportamentali del contesto in cui il soggetto vive. In questo modello la malattia e i sintomi non sono legati esclusivamente al soggetto, ma all'intero gruppo familiare o sistemico e alle varie relazioni interne da cui esso è caratterizzato. Il secondo, invece, ispirandosi al comportamentismo e poi superandolo, privilegia un'impostazione epistemologica che parte dallo studio e dalle conoscenze dei soggetti con un'attività mentale "normale" per evidenziare disfunzioni nell'elaborazione delle informazioni, a causa di una conoscenza erronea del mondo e di se stessi. Tra i nomi legati all'approccio cognitivo citiamo J. Piaget, N. Chomsky, L.S. Vygotsky e J. Bowlby.

A conclusione di questo primo paragrafo, si può dire, tornando a Pirella, che quella della psichiatria è certo una crisi originariamente legata alla presenza del manicomio, ma altresì riferita alle modalità d'indagine e studio delle malattie e alle pratiche di fabbricazione di un sapere debole e friabile fin dalle radici.

## 4.2 Tecnologia della diagnosi psichiatrica: una lente d'ingrandimento sociale

Quella che abbiamo condotto nelle righe sopra è una rapida ricostruzione della nosografia psichiatrica, delle frammentazioni interne e della necessità di adattare il più possibile le sue aree di studio e il suo metodo di analisi a tutte le altre scienze. In questo paragrafo, lungi dal voler delineare una storia esaustiva della diagnosi psichiatrica, si cercherà di mettere in luce soprattutto le motivazioni, le ambivalenze e le contraddizioni riferite alle radici dell'azione diagnostica e alle sue finalità scientifiche.

Una tra le prime conseguenze di quella disgregazione del panorama psicopatologico andata affermandosi nel XX secolo è stata per contrasto l'urgenza di organizzare il sapere in uno strumento d'indagine nosografica unitario, che facesse fronte allo stato di confusione metodologica in corso. Nel secondo dopoguerra<sup>244</sup>, in America, il progetto che meglio pare rispondere a questa esigenza è

---

<sup>244</sup> A inizio '900 gli Stati Uniti stavano conducendo i primi studi censitari, per individuare le dinamiche dei flussi migratori, le percentuali di presenze etniche e razziali, da mettere poi in relazione con i dati delle persone internate ed evidenziare eventuali sincronie e coincidenze. Nel 1908, per l'appunto, il Bureau of Census incaricò l'American Medico-Psychological Association, antenata dell'APA, di creare un Comitato di Nomenclatura delle Malattie. Il lavoro, svolto in collaborazione con il National Committee of the Mental Hygiene (NCMH), produsse nel 1917 la prima nosografia psichiatrica chiamata "*The Statiscal Manual for the Use of Institutions for the Insane*", precursore dell'attuale DSM. La psicoanalisi, che in quegli anni stava mettendo in crisi i fondamenti epistemologici della clinica psichiatrica, con l'analisi

quello di creare un manuale diagnostico e statistico delle malattie, oggi conosciuto come DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*). Un piano di non semplice esecuzione se si pensa che in quegli anni solo negli Stati Uniti esistevano già ben tre sistemi ufficiali di tassonomia psichiatrica: la Nomenclatura Standard dell'Associazione Medica Americana; la classificazione dell'Esercito Statunitense; il Sistema dell'Amministrazione dei Reduci. Va inoltre segnalato che per la prima volta, nel 1946, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO) incluse nella sesta Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-6) una sezione dedicata alle patologie mentali.

Veniamo alla nascita del DSM da parte dell'American Psychiatric Association (APA). Quel che occorre subito notare è la differenza tra le prime due edizioni e le successive<sup>245</sup>. I primi due DSM rispondono a esigenze classificatorie di ordine statistico-ospedaliero, per avere cognizione dei processi migratori e supervisionare la salute mentale dei militari. Benché il DSM I del 1952 sia soprattutto incentrato sul concetto di 'reazione' per influenza dello psichiatra svizzero Adolf Meyer, tuttavia condivide con il DSM II del 1968 tanto la delineazione del modello diagnostico tradizionale, con il distinguo tra psicosi e disturbi di personalità / nevrosi, quanto la descrizione dettagliata delle malattie precisando disturbi e informazioni eziologiche.

A partire dal DSM III, datato 1980, la struttura è quella attuale, dove per ogni quadro clinico compare piuttosto un *set* di criteri diagnostici e, come vedremo nelle prossime righe, l'approccio alla malattia è di tipo multiassiale e ateorico. Un'altra differenza consiste nel metodo di lavoro: mentre infatti le prime due edizioni risentono dell'influenza di personalità importanti del settore, a partire dalla terza edizione la stesura del testo è affidata a *task-forces*, che, divise per gruppi in base alle categorie diagnostiche, contribuiscono alla composizione del manuale. Per esempio, la *task-force* del DSM III fu commissionata a Robert Spitzer, il quale si servì di centinaia di esperti e consulenti per porre definitivamente la nosografia psichiatrica sotto l'egida dell'impostazione biologica<sup>246</sup>.

Per la prima volta gli psichiatri potevano accordarsi sulle diagnosi [...], [il DSM III] ha fatto sperare che la psichiatria potesse diventare scientifica e associarsi ai progressi compiuti dal resto della medicina. Il DSM III è stato il risultato e il promotore della supremazia della psichiatria biologica sul modello psicologico e su quello sociale, che fino a quel momento erano stati i suoi maggiori concorrenti.<sup>247</sup>

Ma vediamo nel dettaglio la specifica fisionomia assunta dal DSM III alle soglie degli anni '80. Malgrado la maggiore compatibilità con le concomitanti edizioni dell'ICD, in modo da colmare almeno in parte il *gap* differenziale tra i due criteri nosografici che rimangono tuttavia ancora

---

dei vissuti e dei fattori contestuali, in collaborazione col War Department, stilò nel 1943 il "*Medical 203*", un manuale dei disturbi mentali a impostazione prettamente psicoanalitica. Così, nel pieno della seconda guerra mondiale, l'attenzione per la malattia mentale fu sensibile anche a fattori legati all'ambiente e al momento storico. Le cosiddette 'nevrosi di guerra', a carattere transitorio e inorganico, scossero la concezione clinica della malattia e i suoi attributi di cronicità, incurabilità e necessità d'internamento. Se da una parte la de-psichiatrizzazione operata in questi anni dalla psicoanalisi negli USA rappresentò una sorta di ferita narcisistica per la psichiatria ufficiale, dall'altra la psichiatria ufficiale non poteva non tenere conto di questa ulteriore anima della psicopatologia, da cui fu in effetti fortemente influenzata nella composizione dei primi due DSM, rispettivamente del 1952 e del 1968.

<sup>245</sup> Oggi il DSM è arrivato a 5 edizioni: nel 1952 è uscito il DSM I, nel 1968 il DSM II, nel 1980 il DSM III (con la revisione del 1987), nel 1994 il DSM IV (con la revisione del 2000) e nel 2013 il DSM V.

<sup>246</sup> In questo capitolo l'uso di 'biologico' e 'biologia' ha un'accezione diversa rispetto ai precedenti capitoli, dove faceva riferimento alla condizione di realtà naturale e radicale dell'uomo. Qui s'indicherà piuttosto un preciso orientamento psichiatrico che pone alle basi della malattia mentale alterazioni organiche, disfunzioni biochimiche e fisiologiche.

<sup>247</sup> A. Frances, *Il DSM nel paese della filosofia*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano, 2013, p.100. Edizione originale: *DSM in Philosophyland: Curiouser and Curiouser*, Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry (AAPP), 2, 2010, pp.21-25.

indipendenti l'uno dall'altro, le principali peculiarità del DSM riguardano: il sistema multiassiale, l'approccio teorico o meramente descrittivo; la struttura politetica; le dicotomie validità/attendibilità; categorie/dimensioni.

Il sistema multiassiale prevede che il soggetto sia contemporaneamente considerato sotto cinque assi: disturbi clinici (ovvero condizioni mentali clinicamente rilevanti); disturbi di personalità (ovvero varie forme di ritardo mentale, dove per ritardo mentale s'intende un funzionamento intellettuale al di sotto della media rispetto all'adattamento del soggetto nel contesto in cui vive); condizioni mediche generali (patologie extrapsichiatriche che possono, a vario titolo, essere influenti sulla situazione psichiatrica); eventi psicosociali e ambientali (i cosiddetti 'stressors', che possono interferire con la patologia); valutazione globale del funzionamento (ovvero un'analisi del soggetto a livello psicologico, sociale e lavorativo)<sup>248</sup>.

L'approccio teorico o meramente descrittivo trae origine dall'esigenza che Spitzer avvertì di un'unica soluzione diagnostica, quella descrittiva appunto, per neutralizzare la pluralità di scuole di pensiero. Intento a rilevare specificamente i dati empirici dell'esperienza, ignorando qualsiasi teoria eziopatogenica della malattia, questo tipo di approccio fu a ragione ribattezzato 'neokraepeliniano'. Nella struttura politetica, per elaborare una diagnosi è necessario accertare la presenza di un numero minimo di disturbi (per esempio 5 su 9)<sup>249</sup> senz'alcuna differenza di valore ponderale. Il fatto che tutti i sintomi siano uguali per poter fare una diagnosi crea però non poche contraddizioni e favorisce le situazioni di diagnosi multiple: per fare solo un esempio, nel DSM IV ci sarebbero ben 93 combinazioni diverse per soddisfare la condizione diagnostica della personalità borderline.

Nella dicotomia validità/attendibilità si fa riferimento al rapporto non sempre proporzionale tra una diagnosi valida e una diagnosi attendibile: mentre la prima è costituita dall'insieme delle prove che fondano l'eziopatogenesi di un disturbo, la seconda si riferisce alla frequenza con cui un test (nel caso della diagnosi psichiatrica l'osservazione di un esperto) viene ripetuto per confermare quel medesimo risultato, anche da operatori diversi. Sicché una diagnosi può essere attendibile, in termini di "coefficiente di accordo" tra gli esperti, ma non necessariamente valida.

Rispetto alla dicotomia categorie/dimensioni, infine, occorre precisare che, benché la nosografia psichiatrica adotti talvolta degli approcci dimensionali, il sistema diagnostico del DSM è perlopiù di tipo categoriale e considera le malattie come situazioni opposte agli stati di non-malattia: in questo modo ogni malattia sarebbe una sorta di cellula autonoma e tra un disturbo e l'altro si creerebbero delle vere e proprie terre di nessuno o spazi ibridi. Per l'approccio dimensionale, invece, i disturbi rappresentano variazioni patologiche quantitative riferite alla personalità e al contesto in cui la persona vive.

Quali le differenze con l'ICD? L'ICD è un sistema internazionale di diagnosi delle malattie prodotto dall'OMS. Rispetto al DSM che è più utilizzato nella ricerca, l'ICD è un valido strumento statistico ed epidemiologico per la gestione e il monitoraggio dell'igiene e la salute pubblica. Viene periodicamente aggiornato con l'invio delle statistiche di mortalità e morbilità di ogni malattia da

---

<sup>248</sup> È opportuno precisare che con l'uscita del DSM V nel 2013 il sistema multiassiale ha subito delle modificazioni in termini di maggiore indipendenza dei sintomi dal contesto in cui la persona vive: ad esempio si sono fusi gli assi I, II, III; l'asse IV ha acquisito criteri di migliore identificabilità e per l'asse V si rimanda alla parte terza del DSM V dove si considera il funzionamento globale del soggetto.

<sup>249</sup> In una struttura diagnostica monotetica invece è necessario uno e un solo criterio per sviluppare la diagnosi: per esempio la ricerca del bacillo di Koch è la sola condizione per poter diagnosticare la polmonite tubercolare, malgrado la possibile presenza concomitante di febbre e tosse.

parte di ciascun paese membro dell'Assemblea dell'OMS. Giunto oggi alla sua decima<sup>250</sup> edizione e attesa l'undicesima<sup>251</sup> per il 2017-2018, la prima versione risale al 1893, quando era basilarmente costituito da una lista di cause di morte.

Diversi sono stati i tentativi messi in atto dall'OMS per giungere a un sistema unico di nosografia psichiatrica<sup>252</sup>, che tenesse tuttavia conto di entrambi i testi, ma l'APA ha, volta dopo volta, declinato la ricerca di un compromesso, dietro all'esigenza di tecniche diagnostiche più mirate e dettagliate. Benedetto Saraceno, per vari anni incaricato dall'OMS di studiare un'armonia tra i due sistemi, così ci motiva questa persistente diversificazione: “*mentre l'ICD-10 è utilizzabile gratuitamente e l'OMS non ricava royalties dai suoi strumenti diagnostici, il DSM viene venduto ai suoi utilizzatori: se i due sistemi diventassero uno solo non vi sarebbe più alcun guadagno per l'APA.*”<sup>253</sup> Al di là di questa motivazione economica pure importante, potremmo per sinteticità dire che la principale differenza tra i due sistemi riguarda la concezione stessa di malattia: se il DSM media tra gli orientamenti biologici, sociali e psicoanalitici, l'ICD sostiene un'impostazione più descrittiva; e se il DSM, come si è visto, ricerca fattori altri che possono influire sul disturbo, l'ICD promuove una categorizzazione netta dei quadri diagnostici, il che confligge sia con un'idea quantitativa di malattia sia con la dialettica malattia/non-malattia.

A proposito di questa dialettica, il terreno è ormai maturo per affrontare il tema delle soglie diagnostiche. Dal 1952 a oggi si è assistito a una progressiva crescita nosografica: il DSM I presentava un numero di categorie pari a un terzo di quelle menzionate nell'ultima edizione del 2013. Quel che è accaduto nel mezzo è un'evidente proliferazione diagnostica (nel 1968 il DSM II contava 182 voci; nel 1980 il DSM III ne registrava 265; nel 1994 il DSM IV ne riportava 365), altresì leggibile come una vertiginosa medicalizzazione della società che richiede un conseguente crescente impiego di farmaci.

Per citare dei numeri: tra il 1987 e il 2007, la statistica di quanti nel mondo sono stati interessati da problematiche psichiatriche è passata da 1 su 184 a 1 su 76.<sup>254</sup> E ancora: uno studio dell'Istituto Mario Negri ha dimostrato che nel decennio 1987-1996 si è triplicato il consumo di antidepressivi in bambini e adolescenti degli USA; mentre in Italia è salito a 28.000 il numero dei giovani non ancora 18enni che assumono antidepressivi.<sup>255</sup> A proposito di mondo dell'infanzia, una nota a parte merita la diagnosi di ADHD (Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività), la cui percentuale epidemiologica è passata tra il 1993 e il 2004 da 1 bambino su 500 a 1 su 90.<sup>256</sup> Un fatto ancora più

---

<sup>250</sup> Sono raccolte oltre 2000 malattie (le malattie mentali sono catalogate nel capitolo 5) e le più importanti innovazioni rispetto all'ICD-9 riguardano: un aumento dei settori diagnostici da 17 a 19 e il ricorso a un codice di riferimento diagnostico alfanumerico in sostituzione del precedente codice solo numerico.

<sup>251</sup> Per ovviare a un uso improprio del volume, si sa già che la prossima uscita dell'ICD-11 presenterà tre diverse versioni: una piuttosto breve per la fruizione in medicina generale, una versione dettagliata per esperti e specialisti, una versione orientata verso la ricerca.

<sup>252</sup> Esiste inoltre un terzo strumento della diagnostica psichiatrica, il Manuale diagnostico psicodinamico (PDM), realizzato dalla comunità psicoanalitica internazionale, in concomitanza al folto dibattito acceso attorno alla composizione del DSM V. La principale differenza che è possibile rilevare col DSM riguarda il sistema multiasiale: il PDM mette come primo asse la personalità (P), come secondo il profilo del funzionamento mentale (M) e come terzo i sintomi e l'esperienza soggettiva (S).

<sup>253</sup> B. Saraceno, G. Gallio, *Diagnosi, “common language” e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano, 2013, p.29.

<sup>254</sup> Cfr. M. Angell, *L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria*, Psicoterapia e Scienze Umane, 2, 2012, pp. 263-282.

<sup>255</sup> Cfr. P. Migone, *Farmaci antidepressivi nella pratica psichiatrica: efficacia reale*, Psicoterapia e Scienze Umane, 39, 2005, pp.312-322.

<sup>256</sup> Cfr. *Recensioni*, Psicoterapia e Scienze Umane, A. Mancini [a cura di], XLVI,2, 2012.

incredibile, con ripercussioni nella più vicina attualità, si è consumato a metà degli anni '90, quando due influenti psichiatri del Massachusetts General Hospital hanno suggerito che in molti bambini con diagnosi di ADHD fosse in realtà riconoscibile un Disturbo Bipolare molto simile a quello dell'età adulta. Il sintomo più evidente doveva rintracciarsi in "un'anomala irritabilità" nel bambino. Sicché, l'iniziale ipotesi si è trasformata presto in dato nosografico, diagnosticato a caterva, e rintracciabile oggi nel DSM V nella voce "*Disturbo di disregolazione temperamentale con disforia*" (TDD).<sup>257</sup>

La situazione è tale da sembrare di essere nel mezzo di un'epidemia da disturbi mentali. Diversi studiosi si sono interrogati in merito, arrivando alla conclusione di un indiscusso abbassamento delle soglie diagnostiche. Un fenomeno che potrebbe essere messo in relazione da un lato con la ricerca di maggiore legittimità scientifica da parte della psichiatria ufficiale all'indomani delle proteste e le contestazioni degli anni sessanta e settanta<sup>258</sup>, dall'altro con la scoperta dei farmaci. Mentre nelle prossime righe ci soffermeremo sul primo aspetto, nel successivo paragrafo analizzeremo la questione dei farmaci.

Si è già detto che i primi due DSM risentivano di un'impostazione più psicodinamica e sensibile alle posizioni psicoanalitiche allora dominanti negli Stati Uniti; con la terza edizione, il presidente dell'APA Jack Weinberg incarica Robert Spitzer, un professore di psichiatria della Columbia University di condurre i lavori dei vari gruppi redazionali, non senza avviare una rivoluzione importante nell'ambito della catalogazione delle patologie: si trattava, come sarà anche per la quarta edizione del 1980 guidata da Allen Frances, di mettere d'accordo clinici provenienti da formazioni diverse, restituendo alla diagnosi psichiatrica coerenza, autorevolezza e legittimità, proprie delle altre aree mediche.

Il suo obiettivo era portare coerenza alle diagnosi psichiatriche, vale a dire assicurare che due psichiatri che visitavano lo stesso paziente avrebbero fatto la medesima diagnosi. A tal fine, ciascuna diagnosi era definita in base a un elenco di sintomi con relative soglie numeriche. Per esempio se una persona soddisfaceva almeno cinque di nove sintomi specifici, aveva una diagnosi piena di Episodio Depressivo Maggiore, entro la categoria sovraordinata dei Disturbi dell'Umore.<sup>259</sup>

Se la scommessa lanciata da Spitzer ebbe buoni riscontri sul piano dell'attendibilità, non risolveva tuttavia il problema della validità, che rimaneva pur sempre descrittiva e convenzionale. Ne derivava un rapporto inversamente proporzionale tra la fragilità della diagnosi<sup>260</sup> e l'aumento delle categorie

---

<sup>257</sup> Ivi, pp.279, 280.

<sup>258</sup> Cfr. capitolo 2.

<sup>259</sup> *Recensioni*, op. cit. , p.274.

<sup>260</sup> "Un esperimento molto interessante per verificare l'attendibilità e l'obiettività dei criteri di giudizio in psichiatria venne compiuto nel 1972 dallo studioso americano David L. Rosenhan, dell'Università di Stanford, California. Egli fece ricoverare in ospedali psichiatrici sparsi in vari stati americani, molto differenti tra loro e all'insaputa del personale curante degli ospedali stessi, otto persone normali (tra cui egli stesso) che simularono di essere malati di mente. Questi otto falsi pazienti, diversi per età, sesso e professione (uno studente di psicologia, tre psicologi, un pediatra, uno psichiatra, un pittore e una casalinga) chiesero di essere ricoverati, lamentando di sentire delle "voci" strane. L'espressione "sentire le voci" è usata nel linguaggio della psichiatria per indicare certe forme di allucinazioni. Per il resto essi si comportarono in modo del tutto normale e raccontarono la storia della loro vita senza alterare o nascondere nulla. Usarono però falsi nomi per paura che le diagnosi loro attribuite avrebbero potuto in seguito danneggiarli. Quelli che avevano una professione appartenente al campo della psichiatria, finsero di avere un'altra occupazione. Per tutti, meno che per uno, la diagnosi di ingresso fu di "schizofrenia". Rimasero ricoverati per un tempo variabile da una settimana a due mesi, comportandosi sempre in maniera assolutamente "normale". Al momento della dimissione dall'ospedale, sulla loro cartella clinica fu scritto: "schizofrenico in stato di remissione". La diagnosi iniziale di schizofrenia veniva quindi confermata. Essi erano giudicati sempre dei "malati", anche se in via di miglioramento.

diagnostiche: come dire, le società si ammalano di più, malgrado non sia definitivamente certo che siano malate e soprattutto di cosa. Nella fattispecie, prendendo in esame il DSM V, alla cui stesura supervisionata da David Kupfer si cominciò a lavorare nel 1999, è possibile osservare un'estensione dei confini diagnostici fino a includere nella classificazione dei disturbi anche i loro precursori. Per fare degli esempi: *La sindrome da rischio psicotico* e *Il disturbo neurocognitivo lieve* (probabilmente una sorta di Alzheimer precoce). In questo senso, è possibile parlare di un'analisi nosografica spettrale, che ha come effetto l'abbassamento della soglia patologica, nell'intento d'individuare nuove entità di disturbi: per esempio si parla di *Spettro del disturbo ossessivo-compulsivo*.

Ma quel che è accaduto a questo punto è davvero impensabile. In un'intervista della rivista *Psychiatric Times*, alla vigilia dell'uscita del DSM V, Allen Frances, a capo della *task-force* del DSM IV, commentò la nuova edizione così: “sarà una miniera d'oro per l'industria farmaceutica, pagando l'enorme prezzo di molte nuove diagnosi false positive”<sup>261</sup>. Nel libro, uscito in Italia nel 2013 da Bollati Boringhieri con il titolo “*Primo, non curare chi è normale. Contro le invenzioni delle malattie*”, Frances raccoglie le sue critiche verso il DSM V, Big Pharma e la medicalizzazione della normalità. “*Quello di Frances è un j'accuse molto forte che, non solo richiama il pubblico a una posizione di minore passività verso l'incalzante epidemia di falsi positivi che ci sta investendo, ma risente anche di un mea culpa riferito alla sua personale esperienza.*”<sup>262</sup> Non solo Frances intende sensibilizzare il lettore sugli esiti che possono derivare dal connubio tra proliferazione diagnostica e conseguente ricorso ai farmaci, ma intende anche problematizzare il concetto di 'normalità', riportando lo sguardo al *modus operandi* della classificazione psichiatrica: secondo l'autore non ci sarebbero sistemi filosofici, di discorso, cultura o pagine di dizionari effettivamente in grado di rendere esaustivamente conto di questa parola, il cui valore semantico, sociale e politico deve, a quanto pare, apparire invece del tutto evidente ai fautori della corsa diagnostica e farmaceutica. Nell'articolo “*Il Dsm nel paese della filosofia*”, Frances chiarisce ulteriormente le sue posizioni e, come in una sorta di redenzione personale e professionale, argomenta così la sconfitta del paradigma biologico della psichiatria:

La psichiatria biologica non è riuscita a fornire una spiegazione tempestiva e convincente di nessun disturbo mentale. Questo perché non è stata in grado di ovviare al difetto fondamentale e intrinseco dell'approccio biologico “realista”: i disturbi mentali non sono evidentemente “là fuori” in attesa di una spiegazione. Essi sono costruiti che abbiamo inventato, che spesso non si rivelano del tutto adatti allo scopo. Per esempio, abbiamo capito che non esiste un prototipo di “schizofrenia” che possa essere spiegato grazie a un modello biologico incisivo e convincente. Non c'è un gene o un sottoinsieme di geni della schizofrenia. Per come stanno le cose attualmente, la definizione e i confini della schizofrenia sono necessariamente arbitrari. Non è chiaro quale sia la strada giusta per diagnosticare questo groviglio e non c'è nemmeno una grande intesa su quali dovrebbero essere i criteri di validazione e come applicarli. Il primo arbitro è stato esonerato quando il santo graal della scoperta della causa della schizofrenia si è rivelato essere una specie di caccia all'impossibile. [...] La psichiatria descrittiva moderna ha appena compiuto duecento anni, se partiamo dalla pietra miliare della prima classificazione psichiatrica simile alla nostra, creata da Pinel. Il suo lavoro era fondato sulla convinzione illuminista della razionalità del mondo, in base a cui, in sostanza, qualche tipo di ordine può essere imposto anche alla ovvia irrazionalità della malattia mentale. Secondo tale presupposto, qualsiasi campo sottoposto a osservazione e classificazione sistematica alla fine ne avrebbe messo in evidenza i modelli causali. È un

---

*La diagnosi psichiatrica, secondo Rosenhan, dimostra non solo la tendenza ad applicare delle etichette di malattia anche quando le malattie non ci sono, ma che queste etichette, una volta applicate ad una persona, influenzano l'interpretazione psichiatrica di ogni sua azione e di ogni suo gesto.*”

(Cfr. F. Giacanelli, E. G. Boriosi, *Le parole della psichiatria*, Zanichelli, Bologna, 1982, pp. 81,82.)

<sup>261</sup> *Recensioni*, p.278.

<sup>262</sup> S. D'Autilia, *Proliferazione diagnostica e vittorie scientifiche, ovvero: dove sono finiti i normali?*, <http://www.news-forumsalutementale.it/>.

approccio che ha avuto grande successo in tutti i maggiori cambiamenti dei paradigmi scientifici. Ogni modello causale è sempre preceduto da un'attenta descrizione. Le osservazioni astronomiche di Keplero hanno portato Newton alla scoperta della gravità. La classificazione delle piante e degli animali di Linneo ha portato alla teoria evuzionistica di Darwin. La tavola periodica di Mendeleev ha portato alla struttura dell'atomo di Bohr. Ci sono state decine di sistemi descrittivi capaci di rappresentare le cose in modo così geniale che la loro verità brilla ancora. Hanno vinto tutti, ma nessuno ha ricevuto un premio. La classificazione descrittiva in psichiatria finora ha del tutto fallito nel determinare una svolta nella scoperta delle cause del disturbo mentale. [...] La psicopatologia è eterogenea e presenta sovrapposizioni non solo per il suo modo di manifestarsi ma anche nella patogenesi. È probabile che ci siano centinaia di percorsi che portino alla schizofrenia, non soltanto uno o pochi, e forse non hanno nemmeno un esito finale comune. Come si concilia tutto ciò con il sistema descrittivo della psichiatria? In nessun modo.<sup>263</sup>

E ancora:

Purtroppo ho letto decine di definizioni di disturbo mentale (ho anche contribuito a scriverne una), e posso dire che nessuna ha il benché minimo valore. Storicamente, certe condizioni sono diventate disturbi mentali per sedimentazione e per necessità pratiche, non perché rispondessero a qualche insieme indipendente di criteri definitivi operazionalizzanti. Inoltre, il concetto di disturbo mentale è così amorfo, multiforme ed eterogeneo che sfugge strutturalmente a ogni possibile definizione. [...] Se la *task force* che sta lavorando al DSM V (previsto per il 2013) proseguisse sulla sua strada, avremmo una medicalizzazione di massa per ogni tipo di deficit (perdita modesta di memoria con l'invecchiamento), di sofferenza (tristezza, ansia mista a depressione), di problemi di autocontrollo (abbuffate alimentari), di eccentricità (rischio psicotico), d'irresponsabilità (discontrollo degli impulsi sessuali) e di criminalità (stupro, attività sessuale fra minori). Eppure, nessuna delle gravi diagnosi proposte supera neppure parzialmente la grossolana definizione standard di disturbo: "ciò che viene curato dai clinici." Nessuno di questi disturbi mentali ha un trattamento stabilito di provata efficacia. Si trovano tutti in uno stato evolutivo così iniziale da non poter essere considerati nulla di più di ciò che i ricercatori stanno studiando - un coacervo di interessi di una ricerca ultraspecialistica. Dobbiamo accettare che la nostra classificazione diagnostica sia il risultato di sedimentazioni e incidenti storici, senza un reale sistema sottostante o una necessità scientifica. Le regole di inclusione sono variate nel tempo e di rado sono state molto rigorose. I nostri disturbi mentali non sono altro che costrutti sociali fallibili.<sup>264</sup>

Frances sottolinea chiaramente il fatto che, sebbene tutte le aree della scienza abbiano raggiunto considerevoli risultati attraverso il metodo descrittivo, lo stesso non può dirsi della psichiatria, la quale, se dovesse continuare sulla strada imboccata in occasione dell'uscita del DSM V, avrebbe come unico esito una medicalizzazione massiva delle società, senza che questo comporti ovviamente una delineazione compiuta del concetto di 'disturbo mentale'. Tutt'altro. Più passa il tempo, più la nosografia psichiatrica deve fare i conti con le "*sedimentazioni e gli incidenti storici*" e con l'autoreferenzialità della sua ricerca, al punto da poter dire che un disturbo mentale sia tale solo in relazione a dei clinici che lo studiano. Pertanto gli ordini di discorso sono due, e peraltro anche in contraddizione tra loro: da una parte la contingenza e convenzionalità del disturbo mentale, dall'altra il costrutto tecnologico che porta ad esso. Analizziamoli da vicino.

C'è stato chi ha giustamente fatto notare che la storia della psichiatria, più che la storia di una disciplina medica come le altre, rappresenta il decorso di molte tensioni che hanno attraversato il sociale e questo spiegherebbe anche il motivo per cui le questioni di cui si occupa vedono spesso l'ingerenza della politica e della giustizia. Ebbene, muovendo da questo assunto porteremo degli esempi che dimostrino, a partire da situazioni precisamente collocate nel tempo e nello spazio, la fragilità epistemologica di base della psichiatria.

---

<sup>263</sup> *Il Dsm nella terra della filosofia*, op. cit., pp. 101, 102, 103.

<sup>264</sup> Ivi, pp. 105, 106.

Il DSM II venne pubblicato in un momento storico di massima trasformazione sociale e, sotto l'influenza estrema della psicoanalisi, annoverava l'omosessualità tra le deviazioni sessuali. Da subito gli omosessuali espressero il disappunto per quanto andava definendo la tassonomia psichiatrica, ma l'inizio ufficiale delle proteste si può far risalire al maggio 1970<sup>265</sup>, quando il congresso dell'APA a San Francisco fu fortemente turbato dalle associazioni gay che pretendevano il ritiro dell'omosessualità dal rango delle malattie mentali. A partire da quel momento le sorti dell'APA si trovavano strette tra due morse: da una parte le leggi della psicoanalisi e dall'altra la ribellione degli omosessuali<sup>266</sup>. Spiccò nel pieno delle criticità la figura di Robert Spitzer, che operò da mediatore tra i due fronti, promuovendo ripetuti incontri tra psichiatri e rappresentanti delle associazioni omosessuali. Spitzer elaborò la seguente proposta: non ritenere più l'omosessualità una malattia mentale, ma un'irregolarità della condotta sessuale, lasciandola tuttavia nella lista delle deviazioni sessuali. Nel dicembre 1973, il consiglio di amministrazione dell'APA votò all'unanimità il ritiro dell'omosessualità, ponendo al suo posto la diagnosi di "perturbazione dell'orientamento sessuale". Si precisò che la perturbazione dell'orientamento sessuale si distingue dall'omosessualità non rappresentando di per sé una malattia mentale in senso stretto.<sup>267</sup> La militanza affianco degli omosessuali e il ruolo d'intermediazione con l'ortodossia psicoanalitica porteranno Spitzer a una popolarità e stima che, come già detto, lo vedrà a capo della *task-force* del successivo DSM III del 1980.

Negli stessi anni, accadeva sempre negli Stati Uniti un fenomeno opposto e paradossale. Quella che nel DSM I compariva come diagnosi di "*gross stress reaction*" (la cosiddetta 'psicosi drammatica o nevrosi da guerra'), era scomparsa dal DSM II, sostituita in maniera grossolana e approssimativa dall'"*adjustment reaction of adult life*" (letteralmente 'reazione di adattamento alla vita adulta'), una sorta di contenitore di disturbi variegati, legati dal comune denominatore di appartenere alla vita adulta, senza però alcun cenno agli eventi bellici che proprio in quegli anni stavano colpendo i veterani della guerra in Vietnam. Questi militari non solo si trovavano a smaltire un disagio sviluppato in situazioni di per sé già drammatiche, ma non vedevano neanche riconosciuta a livello medico, e quindi indennizzata la sindrome insorta, una volta tornati dal fronte.<sup>268</sup>

---

<sup>265</sup> Nel giugno dello stesso anno sarà organizzato il primo Gay Pride sulla 5th Avenue e nella Christopher Street.

<sup>266</sup> Accadde poi che durante un congresso dell'APA a Dallas nel 1972, un professore di psichiatria della Temple University di Philadelphia, preservando l'anonimato col volto mascherato per timore di ripercussioni professionali, confessò all'aula la sua omosessualità, trovandosi così nella paradossale condizione di medico delle malattie mentali/malato di omosessualità.

<sup>267</sup> Cfr. M. Minard, *La validità delle diagnosi psichiatriche. Dalla battaglia degli omosessuali alla lotta dei veterani*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano, 2013, pp.113-126.

<sup>268</sup> Il 16 marzo 1968, sotto il comando di William Calley, sottufficiale dell'esercito americano, furono letteralmente torturati (con mutilazioni e stupri) e poi uccisi più di 300 civili vietnamiti, (soprattutto donne e bambini) nel villaggio di My Lai, nella provincia di Quang Ngai, a circa 840 km a nord di Saigon. L'episodio, passato alla storia come massacro di Mỹ Lai o massacro di Son Mỹ, rimase taciuto per più di un anno, quando un giornalista investigativo indipendente, Seymour Hersh, scoprì i particolari e ne trascrisse l'inchiesta in vari articoli che le più importanti testate giornalistiche si rifiutarono di pubblicare. Hersh dubitava sul numero di morti dichiarato fino a quel momento dalle fonti ufficiali e svelava l'accusa che nel frattempo il Tribunale Militare aveva avviato contro Calley. Solo a fine novembre del 1969 le ricerche di Hersh divennero pubbliche e nel giro di poco tempo contribuirono a irrobustire l'orrore dell'opinione pubblica per quanto succedeva in Vietnam. Accadde inoltre che un soldato che aveva assistito al massacro fu ricoverato in un istituto per veterani, dove gli fu diagnosticata una schizofrenia paranoide, sostenuta da agitazione, angoscia e insonnia. Lo stesso raccontò di aver visto quelle terribili scene, ma di essere stato minacciato di morte dai suoi compagni nel caso avesse parlato. Questo evento rafforzò particolarmente il Vietnam Veterans Against the War (VVAW) che, organizzandosi in sezioni sparse per gli Stati Uniti, iniziò a farsi conoscere dalla stampa e nelle Università. L'APA non poté più evitare il confronto con queste formazioni e una commissione specifica di psichiatri che aveva incontrato e ascoltato i rappresentanti del VVAW commissionò l'introduzione del "*Post-Traumatic Stress Disorder*" (PTSD) alla *task-force* incaricata di redigere il successivo DSM.

Se nel caso degli omosessuali si era quindi trattato di pretendere la cancellazione dell'omosessualità dal rango delle malattie mentali legate alla sessualità, al contrario per i veterani del Vietnam si trattava di rivendicare, con l'uscita del DSM III, il riconoscimento di un disturbo conseguente all'esperienza militare.

Si tratta di fatti emblematici nell'esplicitare la delicatezza della valutazione psichiatrica, nonché la sua vulnerabilità a fatti e fattori contestuali. L'antropologo Roy Richard Grinker nel 2010 commenta così: “Le modificazioni nelle classificazioni avvengono per molteplici ragioni -la guerra, i cambiamenti nel campo delle assicurazioni o negli atteggiamenti dell'opinione pubblica rispetto alle malattie mentali-, le quali non hanno tanto a che fare con i progressi scientifici, quanto con la società e la storia.”<sup>269</sup>

Nello stesso 2010 esce “*Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*”<sup>270</sup> di Ethan Watters, un testo che mette in relazione la diagnosi dei disturbi mentali con il contesto geografico, storico e politico in cui si sviluppano, con la finalità di mettere in guardia il lettore dal rischio di un pensiero unico rispetto alle malattie. È il caso dell'anoressia o della depressione, categorie diagnostiche che fino a qualche decennio fa in estremo Oriente non erano affatto conosciute, o almeno non erano considerate patologiche. Nel caso del Giappone, per esempio, una personalità melanconica era coerente con una cultura dedita alla riflessione, alla diligenza e alla serietà, tanto che non esisteva un equipollente nella lingua giapponese dell'inglese ‘*depression*’. A partire dal 2000, però, non solo si è iniziato a parlare di “raffreddore dell'anima”<sup>271</sup> rendendo patologica questa situazione, ma si è anche (e soprattutto) assistito a un'impennata del consumo della molecola serotoninergica distribuita da una potente casa farmaceutica occidentale.<sup>272</sup> Una cosa simile può dirsi a proposito dell'anoressia, che in questi paesi non era nota come disturbo psichiatrico. Tanto meno esistevano correlazioni culturali tra la paura d'ingrassare e l'autoprivazione del cibo, fino a quando, alla fine degli anni '90, su confronto con gli psichiatri occidentali, s'iniziò a identificare il fenomeno della bellezza/magrezza con la parola ‘anoressia’, desunta dall'Occidente. I casi aumentarono vertiginosamente e il termine ‘anoressica’ divenne ben presto, più che un giudizio medico, un codice culturale in cui trovava esplicitazione un ideale di bellezza che comportava sacrifici alimentari e squilibri nutritivi. Un processo nel quale non è stata la diagnosi a dire della patologia, ma questa stessa a riconoscersi in un'etichetta già “commercializzata” in Occidente. Di questo aspetto risente straordinariamente l'impostazione tecnologica dei processi nosografici, nell'ambito della rivendicazione di maggiore scientificità da parte della psichiatria: non “per l'uomo”, ma “sull'uomo”, in modo che ogni suo stato emotivo, affettivo, relazione e umorale possa essere iscritto in “scientifiche” griglie di senso di cui non dubitare: la scienza non inganna; dice il vero; la scienza è verità.

Quando parliamo d'impostazione tecnologica della diagnosi, intendiamo riferirci a quegli orientamenti che vorrebbero adeguare sempre più la psichiatria all'epistemologia della medicina dei tessuti, operando su una base organico-biologica e considerando i disturbi mentali alla stregua di alterazioni chimiche e biochimiche da trattare clinicamente. Ne consegue la svalutazione di un approccio dialettico e psicoterapeutico alla malattia, in favore di un trattamento perlopiù biomedico

---

<sup>269</sup> R.R. Grinker, *In Retrospect: The Five Lives of the Psychiatry Manual*, Nature, cit. in M. Minard, *La validità delle diagnosi psichiatriche. Dalla battaglia degli omosessuali alla lotta dei veterani*, op. cit., p.124.

<sup>270</sup> La versione italiana del testo è stata pubblicata con un titolo differente: *Pazzi come noi. Depressione, anoressia, stress: malattie occidentali da esportazione*, Mondadori, Milano, 2010.

<sup>271</sup> Cit. in M. Colucci, *Fabrizio, con una zeta. Per una critica della ragione diagnostica*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano, 2013, p.16.

<sup>272</sup> Ivi, p.15.

e farmacologico. Negli ultimi anni il *British Journal of Psychiatry* ha pubblicato<sup>273</sup> una serie di editoriali intenzionati a fabbricare un'identità fortemente tecnologica, farmacologica e neuroscientifica della disciplina psichiatrica. Questi testi, a firma di singoli psichiatri o équipes di lavoro, si trovano in perfetta sintonia con le posizioni della psichiatria statunitense più sensibile ai risultati delle neuroscienze: dal loro punto di vista la psichiatria dovrebbe diventare “una sorta di neuroscienza clinica”<sup>274</sup>, da trattare con gli stessi strumenti e metodi delle altre aree mediche. Il nocciolo di queste posizioni potrebbe essere rintracciato in un modo di pensare che in sostanza riporterebbe in auge il modello positivista, coronerebbe il sogno kraepeliniano di un'alterazione organica alla base delle malattie e così potrebbe sintetizzarsi: a causare i disturbi delle malattie ci sono alterazioni meccaniche e fisiologiche; tali alterazioni sono indipendenti dal contesto in cui la persona vive; anche gli interventi devono essere quindi indipendenti dal sistema di relazioni e valori dell'individuo.

In un dibattito<sup>275</sup> sullo stato e il futuro della psichiatria, in aperto contrasto con queste idee, si è schierato un gruppo di psichiatri, che hanno ritenuto un tale paradigma “un cattivo servizio reso alla psichiatria”<sup>276</sup> e alle persone che la psichiatria intende curare, già turbate dalla loro sofferenza. Nello specifico Marcia Angell nel 2011 ha sferrato un duro attacco<sup>277</sup> alle pratiche della “psichiatria tecnologica”, mettendo in luce lo stretto legame tra medicalizzazione della società ed espansione del mercato degli psicofarmaci che, come già premesso, sarà il motivo argomentativo del prossimo paragrafo.

Stando così le cose, per la psichiatria contemporanea si profilano una serie d'interrogativi e contraddizioni in concatenazione e di non facile scioglimento. Primo fra tutti: si può davvero accettare che la psichiatria venga ridotta a una mera “scienza del cervello”, che non si limita solo ad avviare una proliferazione dei quadri diagnostici, ma legge ogni disturbo in funzione di un biodeterminismo medico, decontestualizzando e rendendo indipendente ogni sintomo da quel che ci capita in termini economici, politici, storico-sociale e relazionali? Ci ammaliamo davvero di più e in un'ottica eziologica riferita a un'impostazione prettamente biomedica? E se così dovesse essere, una volta pronunciate a caterva queste diagnosi, a cosa servono realmente? O meglio, a chi servono? Al soggetto di per sé o al buon funzionamento delle società che astraggono il malato dalla sua esistenza per farne un prodotto della clinica?

Ebbene, in virtù di quanto fin qui esposto, quel che appare con una certa obiettività è che il cuore della questione non risiede tanto nella diagnosi in senso stretto, ma nelle conseguenze che sottende. Ovvero: cosa vogliamo fare del soggetto una volta dichiarato schizofrenico o non in grado d'intendere e di volere? E come intendiamo muoverci in una società in cui la tassonomia diagnostica è così cresciuta da non riuscire più a circoscrivere il concetto di normalità? A questo punto forse si tratta di ammettere che un concetto non è mai stato, “e in questa sua inafferrabilità semantica rispecchia tutta la debolezza di una disciplina, così fiduciosa nella tecnica, nei progressi della scienza e nei traguardi

---

<sup>273</sup> (<http://bjp.rcpsych.org/>)

<sup>274</sup> Cfr. A.A.V.V., *Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma*, Psicoterapia e Scienze Umane, 2013, XLVII, 1, 9-22. Edizione originale: *Psychiatry beyond the current paradigm*, The British Journal of Psychiatry, 2012, 201.

<sup>275</sup> Cfr. *Psicoterapia e scienze umane*: n.3/2005; 1/2006; 2/2006; 4/2006; 3/2007; 2/2008; 3/2008; 3/2009; 4/2009; 2/2010 e 4/2011.

<sup>276</sup> *Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma*, op. cit., p. 11.

<sup>277</sup> Cfr. Trad. it. M. Angell, *L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria*, op. cit., pp. 263-282.

*del futuro, da aver dimenticato chi è l'uomo e il suo essere-per-l'uomo*"<sup>278</sup>.

### 4.3 Sui farmaci: come un'ambivalenza linguistica divenne pratica

Se di tanto in tanto le materie umanistiche vengono accusate di eccessiva astrattezza di fronte ai problemi concreti, è in realtà proprio di fronte a questi ultimi che esse giocano la loro carta migliore, in termini di spiegazioni storiche e ricostruzioni analitiche. È il caso delle risposte che la storia deve dare attorno a un "*mistero della medicina contemporanea*"<sup>279</sup>. Siamo dell'aumento di utilizzo di farmaci derivato dall'epidemia di disturbi mentali.

Nell'antica Grecia, il termine *pharmakon* aveva la duplice accezione di 'cura' e 'veleno'<sup>280</sup>, alludendo così all'ambivalenza di una sostanza che detiene ugualmente potenzialità mediche e distruttive. Si potrebbe pensare a una casuale peculiarità linguistica, se non fosse che il ricorso al farmaco non è mai scevro di significati sociali e istituzionali. Se ogni società ha particolari parametri valutativi della malattia, ha altrettanti rimedi, più o meno benefici, con cui risponderci, a seconda dell'effetto medico, culturale, sociale e politico che la sostanza deve sortire sul problema. Così, se Foucault ha detto che ogni società ha la sua follia<sup>281</sup>, è pure vero che ogni società ha le sue terapie, i suoi placebo e i suoi veleni, in virtù dei rapporti salute/malattia (e ragione/follia) con cui la soggettività deve fare i conti. Gli imperialismi diagnostici, affrontati nel precedente paragrafo, altro non sono che il riflesso di queste scale culturali.

Quel che sappiamo dal punto di vista informativo, mediatico e anche accademico, è che la psichiatria negli ultimi 60 anni ha compiuto passi da gigante: la scoperta (casuale) dei farmaci ha consegnato alla scienza l'ipotesi che i disturbi mentali potessero avere come causa alterazioni chimiche e fisiologiche. Si è quindi iniziato a studiare la malattia mentale con le stesse modalità della medicina dei tessuti e tutti i nodi parevano sciogliersi, tant'è che, come già detto, tra gli anni '70 e gli anni '80, la nosografia psichiatrica cavalcava con entusiasmo l'onda di un orientamento pressoché biologico e descrittivo.

Ma se tutto questo fosse vero, non ci spiegheremmo come mai le diagnosi anziché diminuire aumentano vertiginosamente: la scoperta dei farmaci non avrebbe dovuto attenuare il problema? Nel 1955, 1 americano su 468 era stato interessato da problematiche psichiatriche; nel 1987, 1 americano ogni 184 e, nel 2007, 1 americano ogni 76. Né sono esclusi da questa *escalation* gli americani più giovani: nel 1987 erano 16.200 i bambini sotto i 18 anni d'età con una diagnosi psichiatrica grave; mentre alla fine del 2007, con un aumento pari a 35 volte di più, i bambini erano diventati 561.569, (mentre nello stesso arco temporale diminuiva nel mondo dell'infanzia la morte per una causa extrapsichiatrica come per esempio il cancro, passando dai 728.110 del 1996 ai 559.448 del 2007).<sup>282</sup> Il fenomeno può essere ascritto al fatto che viviamo in società più stressate, dove ci ammaliamo di più, o è il caso di approfondire questa materia? Opteremo naturalmente per la seconda ipotesi. Siamo alle soglie degli anni '50. Henri Laborit, un chirurgo militare al servizio della Marina francese è alla ricerca di nuovi composti chimici in grado di potenziare l'effetto degli anestetici in chirurgia.

<sup>278</sup> S. D'Autilia, *Proliferazione diagnostica e vittorie scientifiche, ovvero: dove sono finiti i normali?*, op. cit. <http://www.news-forumsalutementale.it/>

<sup>279</sup> R. Whitaker, *Indagine su un'epidemia*, Fioriti, Roma, 2010, p.7.

<sup>280</sup> Questa ambivalenza permane nell'inglese *Drug*, riferito sia ai farmaci che alle sostanze stupefacenti.

<sup>281</sup> Cfr. M. Foucault, *La follia esiste solo all'interno della società*, op. cit.

<sup>282</sup> Cfr. *Indagine su un'epidemia*, op. cit. , pp. 9-12.

Dapprima somministra ai suoi pazienti del Maritime Hospital di Bizerte in Tunisia della prometazina, un derivato fenotiazinico con proprietà antistaminiche, utile in situazioni di ferite, allergie e in una varietà di altri quadri clinici in cui il corpo libera istamina. Laborit scopre che, oltre alle già note proprietà antistaminiche, la sostanza produce calma, tranquillità e sonnolenza nei pazienti. Così, nel giugno del 1951 chiede alla casa farmaceutica Rhône-Poulenc<sup>283</sup>, che nel frattempo aveva iniziato a vagliare l'ipotesi di un'eventuale sintesi del composto, un campione chiamato 4560 RP, sintetizzato proprio a partire dalla promazina, e dimostratosi piuttosto efficace come antiemetico, anticolinergico e sedativo. Un cocktail chirurgico perfetto! Il nuovo farmaco che ne era risultato, la clorpromazina, disconnetteva le aree cerebrali che regolavano tanto il movimento motorio quanto le reazioni emotive, senza tuttavia causare perdita di coscienza. Nel dicembre di quello stesso anno si tenne un congresso di anestesiology a Bruxelles al quale Laborit partecipò esponendo i frutti delle sue sperimentazioni. Fu allora che ufficialmente s'ipotizzò un impiego della sostanza anche in psichiatria con funzioni antipsicotiche: qualcosa che potesse somigliare a una lobotomia farmacologica. (Solo due anni prima era stato assegnato il Nobel per la Medicina al neurologo portoghese Egas Moniz che avevo ideato questa mutilazione chirurgica<sup>284</sup> per separare le fibre nervose deputate a connettere la sensibilità della corteccia prefrontale: in questo modo la persona agitata veniva resa "innocua", annullando la tonicità psichica al prezzo di un appiattimento dell'identità.) Furono poi due psichiatri del manicomio parigino di Sainte-Anne, Jean Delay e Pierre Deniker, a somministrare per primi il nuovo farmaco, ottenendo gli effetti già previsti e testati. Rapidamente, a partire dalla metà degli anni '50, dalla Francia a tutta l'Europa, i padiglioni degli istituti psichiatrici ospitavano ricoverati più tranquilli, facilmente gestibili e controllabili.

Seduto o disteso, il paziente giace immobile sul letto, in genere pallido e con le palpebre chiuse. Rimane in silenzio per la maggior parte del tempo. Se interrogato, risponde in ritardo, lentamente, con tono uniforme e indifferente, esprimendosi con poche parole e torna immediatamente a tacere. Senza alcuna eccezione, le risposte sono abitualmente valide e pertinenti, e ciò dimostra che il soggetto è capace di attenzione e di riflessione. Raramente prende l'iniziativa di una domanda; non esprime le sue preoccupazioni, i suoi desideri o le sue preferenze. Generalmente è consapevole del miglioramento derivato dal trattamento ma non esprime euforia. L'apparente indifferenza, il ritardo nella risposta agli stimoli esterni, la neutralità emotiva e affettiva, la diminuzione sia dell'iniziativa sia delle preoccupazioni senza alterazioni della coscienza o delle facoltà intellettive costituiscono la sindrome psichica dovuta al trattamento.<sup>285</sup>

'Neurotrasmettitore' fu il termine tecnico coniato per questa molecola, che andava ad alterare la comunicazione recettiva dei circuiti neuronali e le sostanze chimiche che gli assoni di un neurone inviante rilasciavano attraverso le sinapsi per un neurone ricevente. Alla luce di questa osservazione, s'iniziò a credere che la malattia mentale fosse dovuta a una scarsa o eccessiva presenza di queste sostanze chimiche da bilanciare opportunamente con il farmaco complementare. Per esempio, avendo constatato che la somministrazione di clorpromazina determinava una riduzione dei livelli di

---

<sup>283</sup> Per valutare gli effetti del composto ne furono somministrate le dosi a dei ratti in gabbia, i quali, non solo non manifestavano più interesse emotivo ad arrampicarsi su una corda che gli avrebbe fatto evitare la scarica elettrica del pavimento elettrificato al suonare di una campanella, ma neanche avevano il modo e la capacità di attuare tale sforzo fisico.

<sup>284</sup> Il celebre film *Qualcuno volò sul nido del cuculo* di Miloš Forman fa luce tra l'altro su questa pratica brutale e rende conto dei meccanismi di controllo messi in atto dalla psichiatria del tempo.

A fine anni '70 negli USA lo psichiatra Walter Jackson Freeman si vantava di aver eseguito più di 3500 lobotomie. Tra gli altri, anche Rose Mary Kennedy, sorella del presidente John, fu vittima di questo trattamento da parte di Freeman, il quale agì d'accordo con il padre della giovane per "quietare" il comportamento eccessivamente libertino della stessa.

<sup>285</sup> J. Swazey, *Chlorpromazine in Psychiatry*, cit. in R. Whitaker, *Indagine su un'epidemia*, op. cit., p.45.

dopamina, si prese a considerare che le psicosi più gravi fossero causate da un eccesso di dopamina. In modo speculare, siccome per curare le depressioni si cominciarono a somministrare sostanze che alzavano il livello di serotonina, si dedusse che la depressione fosse causata da una carenza di serotonina.<sup>286</sup>

Dopo la clorpromazina, presentata come tranquillante maggiore e da subito largamente impiegata per il trattamento delle psicosi, è la volta del meprobamato o tranquillante minore (poi sostituito dalle benzodiazepine<sup>287</sup>), usato per il trattamento dell'ansia: questa sostanza, a detta del suo inventore Frank Berger, agendo direttamente sul sistema nervoso centrale, poteva portare dei vantaggi a quei pazienti che, non affetti dalla gravità di una psicosi connessa a deformazioni e distorsioni della realtà (allucinazioni, deliri o illusioni), si trovavano tuttavia ad affrontare disturbi nevrotici che compromettevano le loro capacità e alteravano la tranquillità di pensiero e azione.

Il 1957, infine, è l'anno in cui viene messa sul mercato l'iproniazide, un energizzante psichico per trattare la depressione, scoperto pure per caso, allorché si notò che i pazienti affetti da tubercolosi curati con l'antibiotico antitubercolare isoniazide svilupparono euforia e vivacità in concomitanza del farmaco. Quindi, dall'antibiotico si procedette a ottenere la molecola di iproniazide, subito ritirato tuttavia negli anni '60, a causa degli ingenti effetti nocivi sul fegato. La sostanza venne pian piano sostituita con le inibitori delle monoamino ossidasi (IMAO), una classe di sostanze che agisce inibendo la monoamino ossidasi, ovvero l'enzima che metabolizza serotonina e catecolamine (adrenalina, noradrenalina, melatonina, dopamina, funzionali a mantenere un buon equilibrio psicofisico), determinando così un aumento della concentrazione di questi neurotrasmettitori nel sistema nervoso centrale.

La sperimentazione fu così rapida che nel giro di pochissimi anni la psichiatria disponeva di sostanze per curare i tre principali assi della sua nosografia: psicosi, ansia e depressione. Il principio su cui si basava l'utilizzo di queste sostanze risiedeva nei meccanismi compensatori con cui il sistema nervoso doveva rispondere agli effetti del farmaco all'interno dei circuiti di trasmissione. Il cervello iniziava cioè a sviluppare reazioni anomale, per controbilanciare una sostanza che aveva alterato le sue funzioni precedenti. Qui può trovare significazione la duplice funzione di questi farmaci: da una parte ad azione anti-disturbo, dall'altra agenti di destabilizzazione chimica.

Il cuore della cura, a partire da questo momento, si sposta dalla persona al cervello: i disturbi mentali sono causati da squilibri chimici che solo i farmaci adeguati possono bilanciare. Questo modello biomedico della malattia raggiunge il picco del successo tra gli anni '70 e '80 del secolo scorso, quando negli Stati Uniti d'America fu sostenuto e propagandato da 4 principali istituzioni molto influenti in questo ambito: l'alleanza tra le case farmaceutiche, l'APA, il NIMH (sigla di Istituto Nazionale di Salute Mentale) con la funzione di fare ricerca in salute mentale, e la NAMI (sigla di Alleanza Nazionale per la salute mentale), per lo più costituita da familiari che non intendono riconoscere sulla malattia influenze di tipo ambientale o familiare, ritenendola piuttosto una patologia di ordine somatico da trattare biologicamente. La nozione di "cervello rotto o mal funzionante" riceveva insomma, in questi anni, un sigillo istituzionale e scientifico inedito.

Oggi, a più di 50 anni dalle scoperte che hanno rivoluzionato i paradigmi metodologici della psichiatria, non si può evitare di chiedersi se effettivamente il determinismo inaugurato dalla

---

<sup>286</sup> Antidepressivi come la fluoxetina o il citalopram sono generalmente chiamati "inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina" (SSRI) poiché impediscono il riassorbimento della serotonina da parte dei neuroni che la rilasciano, in modo tale che nelle sinapsi ne rimanga una maggiore quantità per attivare altri neuroni.

<sup>287</sup> Già a metà degli anni '60, il Meprobamato fu sottoposto a notevoli restrizioni dovute agli effetti sedativi e all'assuefazione riscontrati nella sua somministrazione.

psicofarmacologia sia veritiero e se, in ultima istanza, i farmaci siano davvero la chiave di volta della malattia, in termini di efficacia e buona risposta. Per rispondere a queste domande ci appoggeremo a degli studi condotti a riguardo.

Irving Kirsch, psicologo dell'Università di Hull in Inghilterra, ha indagato l'efficacia degli antidepressivi nello scritto *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*.<sup>288</sup> Quando Kirsch aveva iniziato la sua ricerca, il suo principale oggetto d'interesse erano gli effetti del placebo. Prese in esame 38 ricerche cliniche che mettevano in paragone sia il trattamento reale con il placebo, sia il trattamento con l'assenza di trattamento. Quel che queste ricerche riferivano destò particolare interesse: non solo affermavano che i pazienti trattati col placebo avevano riportato risposte 3 volte più efficaci rispetto all'assenza di terapia, ma anche rivelavano che in un lasso di tempo di 6 anni i pazienti senza trattamento avevano subito un miglioramento netto. Quindi approfondì le sue ricerche e anziché continuare a prendere in esame la letteratura già pubblicata, si dedicò all'indagine dei dati in possesso alla Food and Drug Administration (FDA), l'agenzia governativa americana che approva i nuovi farmaci da immettere sul mercato attraverso *trial* clinici randomizzati (randomized controlled trial, RCT<sup>289</sup>). Il processo avviene di solito "a doppio cieco": si formano due gruppi di persone alle quali i medici somministrano il placebo o il farmaco. Né i medici, né le persone sanno qual è il placebo e qual è il farmaco. Se due *trial* si mostrano più efficaci del placebo, il farmaco viene approvato. Ebbene, Kirsch chiese e ottenne di poter attingere ai protocolli della FDA per avere una stima dei *trial* positivi e negativi in funzione del placebo. L'arco temporale che prese in esame andava dal 1987 al 1999, quando furono presentati sei antidepressivi famosissimi<sup>290</sup>. In tutto i *trial* eseguiti sui farmaci erano 42 e la maggior parte di essi aveva esito negativo, in quanto il placebo si era dimostrato efficace nella maggior parte dei casi. Kirsch, però, notò che in quegli stessi anni erano stati pubblicati da medici e clinici moltissimi studi atti a pubblicizzare gli esiti positivi dei farmaci testati, omettendo i risultati negativi (e quindi maggioritari). La conclusione ovvia cui giunse Kirsch era che gli antidepressivi non erano molto probabilmente più efficaci del placebo, malgrado la letteratura medica, clinica e farmacologica ne demonizzasse e occultasse visivamente la riprova.

L'anno successivo allo studio di Kirsch, è la volta di *Anatomy of an epidemic*<sup>291</sup>, un'analisi del giornalista americano Robert Whitaker sull'epidemia dilagante di malattie mentali. Per Whitaker l'era dell'industria psicofarmacologica avrebbe non solo, a fini prettamente economici, innalzato il numero dei malati e delle diagnosi, tanto nel mondo adulto quanto in quello dei bambini, ma avrebbe anche mutato il normale decorso della malattia. Quest'ultima si sarebbe trasformata in un circolo vizioso per cui i farmaci assunti per curare la psicosi finivano, in un uso prolungato, per alterare le funzioni neuronali di base, le quali, una volta interrotto il farmaco, non riuscivano più a controbilanciare le sostanze chimiche che a livello sinaptico normalmente vengono rilasciate dai neuroni in trasmissione. Secondo Whitaker si genererebbero diversi processi a effetto domino nell'interferenza tra farmaco e neurotrasmettitore.

Man mano che insorgono, gli effetti collaterali vengono spesso trattati con altri farmaci, e molti pazienti finiscono per assumere un *cocktail* di psicofarmaci prescritto da un *cocktail* di diagnosi. [...]

---

<sup>288</sup> The Bodley Head, London, 2009 (Trad. it. *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito. Dalle pillole della felicità alla cura integrata*, Tecniche Nuove, Milano, 2012.)

<sup>289</sup> Studi sperimentali che valutano l'efficacia di un particolare trattamento in una popolazione.

<sup>290</sup> Fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, nefazodone, venlafaxina.

<sup>291</sup> The Park Literary Group, USA, 2010. Trad. *Indagine su un'epidemia*, Fioriti Editore, Roma, 2013.

Smettere di assumere psicofarmaci è estremamente difficile, secondo Whitaker, perché quando il farmaco viene sospeso i meccanismi di compensazione non vengono controbilanciati. Quando si sospende il citalopram, i livelli di serotonina precipitano in quanto i neuroni presinaptici non ne rilasciano più quantità normali, e i neuroni postsinaptici non possiedono più un numero sufficiente di recettori serotoninergici. In modo analogo, quando viene sospeso un antipsicotico, i livelli di dopamina possono salire alle stelle. I sintomi prodotti dalla sospensione degli psicofarmaci vengono spesso confusi con una recidiva del disturbo originario, il che può indurre lo psichiatra a ripristinare il trattamento, magari a dosi superiori.<sup>292</sup>

L'alleanza tra psichiatria e farmacologia ha comportato un'evidente velocizzazione del processo di cura: l'interesse verso la storia e i vissuti delle persone si è spostato verso il cervello, a suggello delle nuove conoscenze acquisite dalla neurofarmacologia, dalle neuroscienze e le psichiatrie biologiche. Il paradosso lampante è che gli impieghi più drastici di questo connubio possono essere rintracciati proprio laddove dovrebbero essere visibili in modo parziale e collaterale. Ci riferiamo ai luoghi in cui la malattia viene specificamente trattata, in vista di una riabilitazione nel tessuto sociale: gli Spdc<sup>293</sup>, gli ex Opg (oggi Rems), le case di cura private, le comunità e i centri sociali. Ovvero, tutte quelle situazioni in cui l'ascolto e la psicoterapia sottrarrebbero in termini economici e temporali più risorse all'istituzione di quanto non faccia invece una rapida prescrizione medica, tra l'altro sostenuta dagli introiti che le case farmaceutiche devolvono ai "medici del farmaco e del cervello".

Riflettendo sulla crescita di diagnosi psichiatriche e di prescrizioni psicofarmacologiche all'indomani della chiusura degli asili, ci troviamo di fronte a una vera e propria medicalizzazione delle società: il potere psichiatrico, non potendo più esercitare il controllo e la custodia, prerogative degli istituti manicomiali, mette oggi in atto, con l'aggravante di un vero e proprio business, meccanismi di patologizzazione, finalizzati a distinguere chi è sano e utile alla macchina produttiva da chi sano e utile non è. In questa cornice di senso trovano collocazione: l'etichetta, l'eventuale indennità d'invalidità e lo stigma. E se un tempo il pregiudizio stigmatizzante legato alla malattia mentale era connotato dalle categorie di cronicità, inguaribilità e pericolosità, oggi rischia di assumere sempre più la dimensione dell'inutilità. Un matto è matto per chi, se non per le istituzioni mediche, amministrative e politiche che hanno bisogno di saperlo tale?

Abbattuti gli asili, nell'epoca del consumismo, degli avanguardismi tecnologici, degli incredibili traguardi informatici, robotici e cibernetici, come altro si potrebbe immaginare il controllo, se non come una squalifica del soggetto dal cuore della macchina sociale? Affondata la nave del manicomio, sono state le periferie a essere state istituzionalizzate come "luoghi della cura". In quest'ottica, l'emarginazione diventerebbe la nuova dimensione del controllo: la cura diviene conferma che la periferia rimanga tale.

Nel 1969, l'Organizzazione mondiale della sanità avviò una ricerca della durata di 5 anni sul decorso e l'esito della schizofrenia in 9 paesi. Al termine dell'analisi, paesi in via di sviluppo come la Nigeria, la Colombia e l'India riportarono risultati nettamente migliori rispetto agli Stati Uniti e altri paesi europei. Allo sconcerto degli psichiatri americani ed europei, che dubitarono dell'attendibilità dello studio condotto, l'Oms rispose nel 1978 con un nuovo studio su un arco temporale biennale, nel quale erano state prese in esame persone a un primo esordio psicotico, diagnosticato con i criteri della diagnostica psichiatrica occidentale. I risultati furono gli stessi. Tra i dieci paesi considerati, gli esiti migliori provenivano dai paesi in via di sviluppo: più di due terzi dei pazienti in questione erano

---

<sup>292</sup> *Recensioni*, op. cit., pp.271-272.

<sup>293</sup> Sigla di Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, regolamentato e introdotto dalla legge di riforma psichiatrica n.180/1978.

guariti; mentre nei paesi sviluppati il 59% si era cronicizzato e solo il 37% aveva mostrato un miglioramento. I ricercatori dell'Oms scoprirono inoltre che nei paesi poveri solo il 16% delle persone esaminate aveva continuato la terapia antipsicotica, contro il 61% di quanti nei paesi ricchi avevano proseguito la stessa terapia. Le conclusioni cui giunse l'Oms dimostrarono che, in caso di malattia mentale grave come la psicosi, non sempre è di giovamento vivere in un paese moderno, sviluppato e industrializzato, dove il paradigma curativo ha perlopiù un'impostazione farmacologica.<sup>294</sup>

La psicofarmacologia, da più di un cinquantennio a questa parte, ha innegabilmente compiuto delle scoperte non indifferenti, ma l'epistemologia psichiatrica fallisce ancora una volta se, come sta accadendo, assolutizza queste scoperte dietro all'alibi della modernità e della tecnologia, relegando il prendersi-cura a una mera prescrizione di farmaci.

Ne sia una riprova il fatto che in ambito psichiatrico “assumere la terapia” o “rifiutare la terapia” sono ormai diventate espressioni che connotano la buona o cattiva condotta del paziente, benché il termine ‘terapia’ abbia radici etimologiche così profonde e “umanistiche” da non poter essere limitato alla mera somministrazione farmacologica. Il verbo greco *therapeuein* da cui è derivata la nostra parola ‘terapia’ ha una portata semantica legata ad almeno tre ordini di idee connesse alla ‘cura’: l'atto medico vero e proprio di chi guarisce, il prodigarsi del servo verso il suo padrone e infine il mettersi a disposizione di se stessi tributandosi un culto. Sicché, come spiega Foucault nella lezione del 20 gennaio 1982<sup>295</sup> ne *L'ermeneutica del soggetto*, il *therapeuein heautou* (il prendersi cura di sé) ha significati che potrebbero sì essere estesi alla medicina, ma vanno soprattutto legati a quella cura di sé che è *technè tou biou* (arte di vivere), esercitando onore, rispetto e padronanza della propria vita. Un concetto molto vicino al “*vindica te tibi*” di Seneca (*Lettere a Lucilio*).

Se volgiamo lo sguardo all'antichità, osserviamo che i più importanti maestri della medicina o della fisica (nell'accezione di Natura) erano anche filosofi. Ippocrate, Aristotele, Galeno, solo per fare dei nomi, non analizzavano l'Uomo astraendolo dal mondo, ma lo consideravano in quanto Essere, il cui studio non poteva prescindere dallo studio della Natura. Il Corpo e l'Anima erano situati dalla medicina e dalla filosofia in un Mondo nel quale essi dovevano concorrere in modo univoco alla ricerca del piacere e della felicità dell'uomo, in modo che la cura di sé fosse la condizione di una salute globale e compatta.

La breve ricostruzione etimologica condotta ci permette di mettere in luce, concludendo, l'ambivalenza che da semantica si è trasformata in pratica, per cui la psichiatria è debordata verso un paradigma tecnologico, nel quale non solo non sono contemplate la conoscenza e la cura di sé come percorsi di ripresa possibili<sup>296</sup>, ma soprattutto i farmaci paiono essere l'unico strumento nella cassetta degli attrezzi dello psichiatra, il solo addetto ai lavori della malattia.

#### **4.4 Dispositivi, pratiche di cura e volontà di verità del potere psichiatrico**

Secondo l'Oms, con l'espressione ‘salute mentale’ si fa riferimento a:

uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti

<sup>294</sup> Cfr. § *Gli studi internazionali dell'Organizzazione mondiale della sanità*, in *Indagine su un'epidemia*, op. cit., p. 94.

<sup>295</sup> M. Foucault, *L'ermeneutica del soggetto*, Feltrinelli, Milano, 2011, pp.71-91.

<sup>296</sup> Cfr. Cap.1, § *Un sé sempre nuovo*.

dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.<sup>297</sup>

Come si capisce, è una condizione che risente fortemente dei fattori biologici, ambientali, relazionali e istituzionali che si incontrano nel corso della vita. Se una persona subisce delle riduzioni o delle alterazioni di queste capacità, è più esposta a sviluppare dei disturbi che compromettono il suo equilibrio e il suo benessere.<sup>298</sup>

In medicina, la nozione di 'malattia' prevede lo studio dell'eziologia (la causa o le cause scatenanti il problema), della patogenesi (le alterazioni organiche conseguenti), della diagnosi (la possibilità di definire con criteri oggettivi la patologia), della prognosi (l'andamento e gli esiti che ne seguiranno) e infine della terapia (le soluzioni più idonee al miglioramento o alla guarigione). Nel campo della salute mentale questo schema risulta molto debole in ognuno dei suoi passaggi. Innanzi tutto, in relazione alla stessa nozione di 'malattia', malgrado nel giuridico-penale si parli senza distinzione sempre d'infermità mentale o al massimo di seminfermità mentale, quello che spesso le persone si trovano a fronteggiare è più un 'disturbo', un termine che mette l'accento più sul sentire soggettivo che sulla patologia oggettiva, o al massimo un insieme di disturbi. Secondariamente, rispetto al rigore, la rigidità e la certezza dell'eziologie, delle patogenesi, delle diagnosi, delle prognosi e delle terapie, così come le vuole descritte la medicina ufficiale, per i disturbi mentali si possono avanzare solo delle ipotesi, peraltro tra loro differenziate e talvolta perfino opposte. Scrive Allen Frances che "*il concetto di disturbo mentale è così amorfo, multiforme ed eterogeneo che sfugge strutturalmente a ogni possibile definizione.*"<sup>299</sup> E prosegue così:

È un buco al centro della classificazione psichiatrica. Gli specifici disturbi mentali costituiscono un miscuglio caotico. Alcuni descrivono condizioni di breve durata, altri descrivono una personalità presente tutta la vita. Alcuni riflettono una sofferenza interiore, altri un comportamento disturbato. Alcuni descrivono problemi che si notano raramente o mai nelle persone normali, altri sono invece solo una leggera variazione della normalità. Alcuni rimandano a una carenza di controllo, altri a un suo eccesso. Alcuni sono del tutto intrinseci all'individuo, altri sono determinati da mutamenti e da trasformazioni delle consuetudini culturali e da fattori stressanti. Alcuni hanno origine nell'infanzia, altri emergono in tarda età. Alcuni colpiscono primariamente il pensiero, altri le emozioni, altri ancora il comportamento o le relazioni interpersonali ed esistono complesse combinazioni fra tutti questi elementi. Alcuni sembrano più di tipo biologico, altri più psicologici o sociali.<sup>300</sup>

Ormai è ampiamente diffusa l'idea che si debba abbandonare qualsiasi tentativo di *spiegazione monocausale*, a favore di una conoscenza plurifattoriale e integrata, che tenga conto da una parte delle peculiari fragilità e debolezze del soggetto e dall'altra dei condizionamenti esperienziali, relazionali, ed emotivi. Ne deriva una mappatura eziologica che abbraccia un'interazione complessa tra fattori molteplici e diversi. Cercheremo di analizzarli brevemente.

I fattori biologici rappresentano gli elementi genetici, ereditari, chimici e fisiologici che regolano l'equilibrio psichico di un individuo e possono favorirne o meno le alterazioni, in concomitanza di precise situazioni.

I fattori psicologici riguardano il processo di crescita, sviluppo ed evoluzione di una persona, nonché le modalità di adattamento alle difficoltà e ai contesti. Spesso queste componenti vengono acquisite

---

<sup>297</sup> <http://www.salute.gov.it/>

<sup>298</sup> Cfr. S. D'Autilia, P. Dell'Acqua, voce "Salute mentale", Dizionario del lavoro educativo, Carocci, Roma, 2014, pp. 314 – 318.

<sup>299</sup> A. Frances, *Il DSM nel paese della filosofia*, op. cit., p. 105.

<sup>300</sup> Ibidem.

tra l'infanzia e l'adolescenza, contribuendo a formare il carattere e l'identità di un soggetto.

I fattori ambientali comprendono quel vastissimo gruppo di fenomeni sociali, culturali, economici e politici che giocano un ruolo emblematico nella salute dei cittadini (solo per fare degli esempi: appartenenza a dei gruppi, sistemi sanitari accessibili, disponibilità delle istituzioni, risorse per l'educazione, lo sport e lo svago, livello di alfabetizzazione soddisfacente, assenza di disoccupazione e miseria, riduzione delle stratificazioni sociali e così via.)

È dunque probabile che il contributo dei difetti genetici all'eziologia di queste malattie sia sostanziale. Al contrario, la prevalenza dei disturbi più frequenti varia secondo le culture. Per esempio i disturbi dell'umore sembrano essere da due a tre volte più frequenti in Francia e negli Stati Uniti che in Italia e in Giappone. I fattori ambientali influenzano ampiamente la comparsa di questi problemi. Si pensi alla depressione o al disturbo ansioso, più frequenti nelle famiglie a basso reddito. I geni contribuiscono all'eziologia di tali disturbi nella misura in cui interagiscono con l'ambiente.<sup>301</sup>

Come si capisce, la malattia mentale può essere il risultato di una tale varietà di funzioni e combinazioni da dover adottare una prospettiva non solo necessariamente multidisciplinare, ma soprattutto ipotetica e dialettica, se si vuole cogliere il problema in tutta la sua portata gnoseologica e pratica.

Ebbene, in modo assolutamente paradossale, questa fragilità epistemologica non rispecchia i suoi effetti, così potenti nel giudizio e così rapidi nei processi di cura. Processi di cura che affondano le radici nel lontano V secolo a.C., quando già si praticavano fori nel cranio dei folli, credendo che in questo modo i demoni potessero abbandonare il corpo di cui si erano impossessati. (L'esorcismo chirurgico vanterà, a vario modo, in evoluzione con i tempi, una lunga storia nel trattamento della follia.)

Agli esordi della psichiatria, nel 1800, l'affogamento in una cassa forata piena d'acqua è una terapia largamente diffusa: si aspetta che la persona perda le funzioni vitali per poi farla riemergere dall'acqua e rianimarla, auspicando che la perdita di coscienza comporti una produzione di pensieri e comportamenti più adeguati e corretti.

A fine '800 irrompono sulla scena: l'amputazione del clitoride e la rimozione dell'utero sulla base di credenze pregresse che ritenevano l'apparato genitale femminile la sede e l'origine della follia; l'idroterapia, ovvero una correzione dell'affogamento, con la variazione di tenere la testa fuori dall'acqua e lasciare la persona immersa per giorni, alternando acqua bollente ad acqua gelata, nella convinzione che la fatica psicologica sostenuta possa ristrutturare le funzioni cerebrali; le iniezioni endocrine con estratti di ovaie, testicoli o tiroidi dei più svariati animali per introdurre una nuova nutrizione alle cellule "malate".

Il secolo XX sperimenta invece la pratica di estrazione dei denti, ritenuti ricettacolo di germi che, salendo fino al cervello, possano scatenare la malattia mentale; l'ibernazione, con cui si lascia per giorni la persona avvolta in coperte gelate che possano portare il corpo a una bassissima temperatura, ripristinando così le funzioni vitali; il coma insulinico, utilizzato fino alla fine degli anni '60 per uccidere le cellule malate attraverso un'alta dose d'insulina che induce il paziente al coma, da cui viene successivamente rianimato e ristabilizzato con una dose di glucosio; la terapia convulsivante che consiste nel somministrare metrazol alla persona, nell'intento di provocare convulsioni che riavviino le facoltà mentali compromesse.

---

<sup>301</sup> F. Gnonon, *La psichiatria biologica: una bolla speculativa?*, aut aut, 357, Il Saggiatore, Milano, 2013, p.147.

Infine, nel panorama assurdo e umiliante delle cure psichiatriche, compare la lobotomia, una pratica chirurgica di cui abbiamo già detto sopra, finalizzata a recidere le connessioni della corteccia prefrontale dell'encefalo, eliminando irreversibilmente agitazione e vivacità dal carattere della persona.

Se queste tecniche sono state progressivamente abbandonate, persistono tutt'oggi sulla scena della cura due barbarie atroci e disumane: la terapia elettroconvulsivante (TEC) o elettroshock<sup>302</sup> e la contenzione fisica. La prima, ideata dall'italiano Ugo Cerletti, è una tecnica, oggi un po' meno frequente ma pur sempre praticata<sup>303</sup>, che consiste nel passaggio di corrente elettrica ad alta tensione tra una regione temporale e l'altra, con la finalità di produrre una perdita di coscienza che possa altresì rimuovere la memoria delle attività cerebrali ultime. La seconda, in relazione al suo uso più ampio e diffuso, merita una maggiore riflessione. Si chiamavano Francesco Mastrogiovanni e Giuseppe Casu. Uno, era un maestro elementare salernitano, l'altro era un venditore ambulante cagliaritano. Entrambi, a distanza di tre anni, muoiono a seguito di contenzione fisica in psichiatria. Non si citano questi precisi nomi<sup>304</sup> per la risonanza nell'opinione pubblica, ma per dimostrarsi consapevoli verso tutte le altre morti, avvenute o in potenza, di cui al contrario non siamo informati, in conseguenza a coperture mediche, aggiustamenti mediatici o accomodamenti giuridici.

Fino a qualche anno fa, in ambito giuridico, gli interrogativi sull'uso nell'assistenza psichiatrica di interventi coattivi o coercitivi che limitano le libertà del paziente sono stati oggetto di un'attenzione inferiore alla loro importanza, e ciò anche a causa della tendenza degli operatori psichiatrici e delle istituzioni sanitarie e politiche a giustificare, minimizzare o a coprire la diffusione di tali pratiche attraverso reticenze, occultamenti o negazioni.<sup>305</sup>

Dopo i fatti di Cagliari e Salerno, pare essersi alzato il sipario su una realtà che prima non toccava le coscienze politiche, mediche e giuridiche. O forse queste stesse coscienze erano alleggerite dalle convinzioni di aver a che fare con disturbatori, da trattare come meritavano, tutelati comunque dai codici deontologici dei loro mestieri. Per esempio, le cosiddette "misure d'intervento straordinarie sostenute da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali"<sup>306</sup> o l'abusato stato di necessità (art. 54 del Codice penale: "*Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia*

---

<sup>302</sup> Scrive Goffman: "*L'uso dell'elettroshock, su raccomandazione del sorvegliante, come mezzo per costringere gli internati alla disciplina, e per calmare quelli che non ascoltano minacce, offre un esempio, in qualche modo più moderato ma più largamente diffuso, del medesimo processo [l'espressione di potere dell'istituzione]. In tutti questi casi, l'attenzione medica è presentata al paziente e ai suoi parenti come un servizio individuale, ma ciò che viene servita qui è l'istituzione, dato che l'azione specifica s'inserisce in ciò che ridurrà i problemi della conduzione amministrativa. In breve, sotto l'apparenza di un modello di servizio medico, si può trovare la pratica di una manutenzione medica.*" (E. Goffman, *Asylums*, Einaudi, Torino, 2010, p. 396.

<sup>303</sup> Cfr. AA. VV., *La storia delle terapie elettroconvulsive e i racconti di chi le ha vissute*, Sensibili alle foglie, Roma, 2014.

<sup>304</sup> Il 22 giugno 2006 Giuseppe Casu muore nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Cagliari, dopo essere stato legato al letto braccia e gambe ininterrottamente per sette giorni.

Il 4 agosto 2009 muore Francesco Mastrogiovanni, dopo una contenzione dolorosa e straziante di 82 ore consecutive, ripresa dalle telecamere di videosorveglianza a circuito interno dell'ospedale San Luca di Vallo della Lucania (Salerno). In entrambi i casi si tratta di uomini noti alle forze dell'ordine, il primo per recidiva di vendita abusiva di frutta e verdura come ambulante, il secondo per un passato burrascoso che lo aveva visto vicino ai movimenti anarchici.

<sup>305</sup> G. Dodaro, *Coercizione in psichiatria tra sicurezza dei luoghi di cura e diritti fondamentali del paziente*, in *Il nodo della contenzione*, S. Rossi (a cura di), Alpha Beta Verlag, Merano, 2015, p.39.

<sup>306</sup> Cfr. Codice Deontologia infermieristica.

*proporzionato al pericolo*”).<sup>307</sup> Pertanto, tra gli operatori è oggi spesso ricorrente pensare che l’atto coercitivo e umiliante della contenzione sia giustificato da una modalità d’intervento e presa in cura dettata da evenienze eccezionali della malattia. Nient’affatto. Vi è in questa pratica una violazione simultanea della libertà altrui e del cosiddetto diritto inviolabile. L’articolo 605 del c.p. incrimina il delitto di sequestro di persona che reca danno alla libertà personale (tutelata dall’art.13 della Costituzione) e contravviene altresì ai limiti imposti dal rispetto della persona (art. 32 della Costituzione). Tutt’altro che avere il cuore in pace, nella convinzione di mettere in atto pratiche curative previste dal paradigma assistenziale stesso, siamo in realtà di fronte a un mandato medico-politico che isola, immobilizza, rinchioda e costringe.

Occorre precisare a questo riguardo che quando parliamo di contenzione possiamo riferirci all’ambito fisico o meccanico (spondine, fasce o cinghie) ma anche farmacologico (attraverso una combinazione sedativa e calmante di neurolettici): il denominatore comune è però sempre uno, la mortificazione della persona, ovvero un’incapacità di dialogo e risposta a proposito dei bisogni dell’altro. Tant’è che la contenzione non è prerogativa esclusiva del reparto psichiatrico, ma anche di tutte quelle situazioni sanitarie, sociali, mediche e paramediche in cui “la persona difficile” manifesta comportamenti che alterano la routinaria gestione istituzionale: le carceri, le case di riposo per anziani, i centri di prima accoglienza per i richiedenti asilo, gli ospedali psichiatrici giudiziari oggi sostituiti dalle Rems, le comunità, le strutture protette per minori, le cliniche di assistenza privata, e così via.

La contenzione è ancora oggi il sigillo dell’istituzionalizzazione, delle vessazioni sociali e dei poteri scientifici e politici su chi è più fragile. È una risoluzione pratica e sbrigativa delle criticità che affliggono il rigore sociale. È un’immobilizzazione fisica ed esistenziale del soggetto che riflette e conferma l’incapacità delle istituzioni di farsi carico a tutto tondo di quel soggetto. “*Non è rinchiodando il vicino che ci si convince del proprio buon senso*”, diceva Dostoevskij (*Diario di uno scrittore*).

Così, nel paese che ha riformato la psichiatria, la contenzione resta ancora la cifra e la sintesi di tutti i meccanismi coercitivi che attraversano questa scienza e confermano il legame tra cura e custodia a favore della società, anziché in tutela del singolo. Scrive Robert Castel: “*La psichiatria è una vera scienza politica in quanto ha risposto a un problema di governo; ha permesso di amministrare la follia. Ma ha spostato l’impatto direttamente politico del problema per il quale proponeva una soluzione, facendone una questione puramente tecnica. Se c’è repressione dipende da questo: che, attraverso la medicina, la follia è diventata amministrabile.*”<sup>308</sup>

Dalle parole di Castel s’intende come la scienza abbia erroneamente rappresentato per la follia un pretesto di gestione e amministrazione delle società. È un processo amministrativo e politico che prende avvio con la diagnosi, ovvero l’esercizio medico-politico che, attraverso l’oggettivazione, consegna alla società un’invalidazione del soggetto, accendendo meccanismi di etichettamento, dai quali discendono a cascata pregiudizi di diversità, imprevedibilità e pericolosità.

Agostino Pirella, benché abbia scritto poco meno di 20 anni fa il testo col quale abbiamo aperto il capitolo, descrive la psichiatria come un sapere in crisi, almeno sotto tre ordini di motivi. Innanzi tutto si può parlare di una crisi epistemologica, legata all’impossibilità di circoscrivere e discutere oggettivamente la sua materia di studio. *Vasto è l’uomo, troppo vasto, io lo farei più ristretto*, per citare nuovamente Dostoevskij! Secondariamente si tratta di una crisi istituzionale, estesa tanto nella storia quanto nel mandato di cura.

---

<sup>307</sup> Ma anche l’adempimento di un dovere giuridico (art.51 c.p.) e la legittima difesa (art.52 c.p.).

<sup>308</sup> R. Castel, *L’ordine psichiatrico*, op. cit. , p.11.

Crisi psichiatrica, dunque, o crisi istituzionale? L'una e l'altra sembrano tanto strettamente legate da non lasciare intravedere quale sia conseguenza dell'altra. L'una e l'altra presentano infatti un unico denominatore comune: il tipo di rapporto oggettuale impostato con il malato. La scienza, nel considerarlo un oggetto di studio smembrabile secondo un numero infinito di classificazioni o di modalità [crisi epistemologica]; l'istituzione, nel considerarlo (in nome dell'efficienza dell'organizzazione, o in nome dell'etichettatura confermatagli dalla scienza) un oggetto della struttura ospedaliera in cui è costretto a identificarsi [crisi istituzionale].<sup>309</sup>

E per terzo si può pensare a una crisi sociale, propria soprattutto di quei paesi industrializzati, dove è massimo lo squilibrio tra ricchi e poveri e dove la psichiatria pare confermare queste differenze. *“La polemica al sistema istituzionale esce dalla sfera psichiatrica, per trasferirsi alle strutture sociali che lo sostengono, costringendoci a una critica della neutralità scientifica, che agisce a sostegno dei valori dominanti, per diventare critica e azione politica.”*<sup>310</sup> Basaglia smaschera l'ingenuità della scienza e, annettendo il discorso scientifico a quello storico-sociale, dilata lo sguardo antistituzionale a un'azione critica che è militanza politica. Un ulteriore esempio a sostegno di questa tesi, può essere rappresentato dal colonialismo, ovvero dall'opera di civilizzazione psichiatrica praticata in questi territori.

La carriera di Frantz Fanon sembra indicarci una via che egli ha concluso, concretamente, con la sua partecipazione alla “rivoluzione africana”. Frantz Fanon ha seguito, nella sua breve vita, tutto l'iter istituzionale che il sistema gli consentiva: da brillante psichiatra di Lione, a psichiatra impegnato nel centro di Saint-Albain, a psichiatra di colore con malati di colore ad Algeri, nel periodo della guerra di liberazione. È qui che, evidentemente, Fanon non chiarisce la sua posizione di psichiatra politicizzato, realizzando che il rapporto tra medico e malato (così come il rapporto fra bianco e negro, quindi fra chi ha il potere e chi non ne ha) era sempre un rapporto istituzionale in cui i ruoli erano stati definiti dal sistema.<sup>311</sup>

Quando Frantz Fanon compose *I dannati della terra*<sup>312</sup>, descrisse la stretta vicinanza tra soggetti dominati e pratiche di oggettivazione. Il potere, si chiami conquista, civilizzazione, evangelizzazione, istruzione o cura ha un'unica meta: il dominio. Nei territori africani, durante il colonialismo e i faticosi processi di decolonizzazione, un folto schieramento di psicologi e psichiatri vedeva nell'altro una cultura della diversità e dell'indecifrabilità da interpretare in chiave politica e psicopatologica. Il processo di oggettivazione e produzione diagnostica è stato così marcato che si è parlato a ragione di *“politiche dell'identificazione”*<sup>313</sup>.

Come per la psichiatria coloniale, così oggi l'immigrato è il portatore di un comportamento strano, sospetto e potenzialmente pericoloso per l'imprenditoria morale delle nostre società composte e discrete; un disturbatore dell'etica sociale cui affibbiare un giudizio non tanto medico e scientifico, quanto culturale, perché culturale è il processo d'identificazione della diversità.

L'istituzione, qualsiasi essa sia, è sempre il risultato dei sistemi politici, sociali e culturali vigenti, soprattutto se una scienza - com'è il caso della psichiatria - ufficializza, sancisce e conferma questi

---

<sup>309</sup> F. Basaglia, *L'istituzione negata*, op. cit. , p.143.

<sup>310</sup> Ivi, p. 11

<sup>311</sup> Ivi, p.378.

<sup>312</sup> Con una prefazione di Jean-Paul Sartre, il testo venne pubblicato per la prima volta nel 1961, (trad. it. Einaudi, Torino, 2000) come un manifesto del processo anticoloniale. Nel libro Fanon descrive la condizione del colonizzato, sottoposto a pregiudizi di razza e inferiorità da parte dell'imperialismo coloniale, non senza correlazioni col concetto di classe e le dinamiche di sfruttamento da parte del potere sui più deboli.

<sup>313</sup> D. Fuss, *Interior Colonies: Frantz Fanon and the Politics of Identification*, cit. in R. Beneduce, *Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano, 2013, p.197.

meccanismi di alienazione e desoggettivazione, a favore della classe dominante.

Quello che traspare dall'analisi della crisi è l'assoluta incomprendibilità da parte della psichiatria della natura della malattia che – tuttora sconosciuta nella sua eziologia – richiede intuitivamente un tipo di rapporto esattamente opposto a quello finora adottato. Ciò che caratterizza attualmente un tale rapporto a tutti i livelli (psichiatria, famiglia, istituzioni, società) è la violenza (la violenza sulla quale una società repressiva e competitiva si fonda) con cui il disturbo mentale viene attaccato e velocemente scrollato di dosso [...] Che cos'è se non violenza, la forza che spinge una società ad allontanare ed escludere gli elementi che non stanno al suo gioco? Che cos'è se non esclusione e violenza la base su cui poggiano le istituzioni, le cui regole sono stabilite al preciso scopo di distruggere ciò che resta di personale nel singolo, a salvaguardia del buon andamento e della organizzazione sociale?<sup>314</sup>

Sospeso tra la politica, la giustizia, la sociologia e la medicina, il sapere psichiatrico appare come una terra di tutti e nessuno, connotato da un nucleo epistemologico che, quanto più emette prove di debolezza e infondatezza, tanto più incattivisce e irrigidisce i suoi paradigmi.

E tuttavia uno dei profili più paradossali della diagnosi psichiatrica nasce dalla strana congiunzione fra la sua strutturale debolezza epistemologica, da un lato, e la sua potenza preformativa, dall'altro. È da una diagnosi psichiatrica che dipende talvolta la possibilità o l'impossibilità di continuare a esercitare il ruolo di genitore, svolgere un lavoro, ottenere protezione umanitaria in un altro paese: insomma la vita di una persona. La stigmatizzazione che si accompagna in alcuni casi alla formulazione di una diagnosi psichiatrica è solo l'espressione più nota di un sottosuolo in realtà profondo e ambiguo, scandito da procedure disordinate, nei cui interstizi si fabbricano forme di soggettività e si produce il destino di chi vi è incappato.<sup>315</sup>

Tra i diversi effetti di potere, quello della psichiatria appare soprattutto un potere di verità pronto a decostruire e demolire in qualsiasi istante il vero del soggetto, tanto più se di quel soggetto si predica la follia: *“Rientra sempre nell'idea plurisecolare che l'essenza della follia risiede nel delirio, cioè non in un errore o in una serie di errori, ma in un rapporto col reale che è erroneo: il folle non tanto s'inganna, bensì non è più capace di verità.”*<sup>316</sup> Ritorna allora qui in gioco prepotentemente il nocciolo della questione delineata nel capitolo 1: il problema non è tanto il fatto che il folle deliri o soffra di un disagio, quanto la sua mancata condivisione di un reale in quanto vero. Il folle è agli occhi dell'opinione pubblica colui che non santifica il credo collettivo, non s'inginocchia davanti al vero confezionato e istituzionalizzato dal potere. Uno scissionista.

Sulle orme *Del governo dei viventi*<sup>317</sup> di Foucault è lecito chiedersi, come altro possono intendersi la confessione religiosa, la produzione giuridica del vero, l'ardore diagnostico della medicina e la corsa alla disciplina nel mondo dell'istruzione, del lavoro o del penale, se non come pratiche di fabbricazione del vero? E come altro possiamo intendere, nello specifico di questa trattazione, la contenzione fisica finalizzata a riconoscere e ammettere di essere stati agitati, pericolosi e quindi malati? Un'abiura in nome dei valori pubblici, del vero sociale.

Il potere, nei suoi dispositivi microfisici e capillari di controllo sociale, richiedendo al soggetto una devozione totale al vero (in quanto reale), pretende la confessione dei suoi errori, delle sue debolezze, dei suoi desideri, delle sue colpe e in una parola della sua soggettività. Essere uomini di verità significa condurre una costante redenzione dal proprio reale in nome di un potere che fabbrica a sua

<sup>314</sup> F. Basaglia, *L'istituzione negata*, op. cit. , p.144.

<sup>315</sup> R. Beneduce, *Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica*, op. cit. , pp.189,190.

<sup>316</sup> M. Foucault, *Il supplizio della verità*, in *Follia e psichiatria*, op. cit. , p.193.

<sup>317</sup> M. Foucault, *Del governo dei soggetti*, Feltrinelli, Milano, 2014.

immagine e somiglianza una realtà *ex novo*: dal vero perché reale al reale perché vero.

Rievocando con Foucault l'*Edipo re* di Sofocle, possiamo servirci della mitologia per spiegare genealogicamente gli effetti della ricerca di verità. Alle porte di Tebe era stata posta la Sfinge, terribile creatura mitologica con testa di donna, corpo di leone, coda di serpente e ali di rapace, inviata da Era per punire il rapimento di Crisippo, figlio del re Pelope, di cui Laio si era innamorato, portandolo con sé a Tebe. A ogni passante il mostro esponeva il celebre enigma "*qual è l'essere che cammina ora a quattro gambe, ora a due, ora a tre?*", ma, poiché nessuno fra i Tebani era riuscito a sciogliere l'enigma, la Sfinge aveva divorato i passanti uno a uno, tra cui Emone, figlio del re Creonte. Solo quando Edipo scioglie l'arcano, la città si salva dal flagello, la Sfinge si getta dall'alto di una roccia e la scoperta della verità determina una nuova situazione di potere: Creonte, soddisfatto aver visto vendicata la morte del figlio e dei suoi cittadini, consegna il trono a Edipo<sup>318</sup>.

L'estratto mitologico permette un collegamento tra il tema del vero e il tema del potere, tentando una ricostruzione genealogica delle cause (la Sfinge divora chiunque non raggiunga il vero) e delle conseguenze (una volta raggiunto il vero la Sfinge si lascia andare giù) che la scoperta della verità comporta: quanto più si desiste dal riconoscere la verità, tanto più s'irrigidisce il potere; quanto più la verità si esplicita, tanto meno il potere ha bisogno di rivendicare la sua presenza. Tant'è che risolto il mistero, si placa la tragedia e si delinea un nuovo equilibrio politico nel quale i soggetti saranno amministrati.

Il quadro a questo punto è duplice e ambivalente. Da una parte i soggetti, nella loro costitutiva volontà di verità, sono affascinati dal potere perché da esso discende e si struttura la loro realtà: una sorta di placebo dell'ubbidienza. Dall'altra, l'istituzione sorge e si afferma proprio grazie ai regimi di verità che fabbricano il reale, estorcendo il vero dal singolo ed ergendone uno, oggettivo, saldo e incontrovertibile: un contrattualismo della verità.

Allora, per concludere, se la storia racconta il destino degli uomini e la genealogia ne narra la mitologia, è arrivato il momento di analizzare tutta un'altra forma di follia, quella di chi, attraverso il potere della verità, rinchiude il vicino e, per sentirsi uomo di verità, ha bisogno di additare l'altro, rendendolo materia dei processi di oggettivazione.

---

<sup>318</sup> Il regno passerà nuovamente a Creonte, dopo che Edipo, scoperto di aver sposato la propria madre (Giocasta) e ucciso il proprio padre (Laio), si acceca e abbandona la città.

## Appendice

**Per un esempio pratico dei contenuti: *Il ladro di biciclette*<sup>319</sup>**

**(di Silvia D'Autilia e Peppe Dell'Acqua)**

Brescia, 27 Agosto 2008. Mauro Priscoli<sup>320</sup> viene arrestato per il furto di una bicicletta. Resta in carcere in custodia cautelare. Dopo 18 giorni, il giudice emette l'ordinanza della misura di sicurezza provvisoria e lo invia all'Ospedale psichiatrico giudiziario (Opg) di Montelupo Fiorentino. Con la perizia psichiatrica, 6 mesi dopo, la misura di sicurezza diventerà definitiva. Morirà nella sua cella di Montelupo il 29 Novembre 2009.

Completate le scuole dell'obbligo, ha iniziato a lavorare in diverse officine come meccanico. A 26 anni si sposa con una ragazza del suo paese. Riesce ad avviare un'autofficina. La scelta di lavorare in proprio è dovuta a diverse esperienze lavorative deludenti. I fallimenti avevano convinto Mauro di essere mobbizzato, mal visto, se non perseguitato.

L'impresa, intestata alla moglie, fallisce. Hanno inizio insuperabili problemi economici e le relazioni, sia con la moglie che con i familiari, si rompono. Per Mauro la moglie è stata la causa del fallimento e sospetta che lo tradisca. Dopo il divorzio comincia a vivere per strada.

Aumenta la distanza dal mondo delle sue relazioni, la sua vita si immiserisce. Scompare alla vista di tutti. Solo un furto di bicicletta lo rende "presente" alle forze dell'ordine.

Una volta in carcere, all'attenzione delle istituzioni, nessuno sembra riconoscere la consistenza del suo disagio e consigliare l'intervento di qualche aiuto sociale e psicologico, tanto che la moglie saprà solo dopo la sua morte dell'avvenuto internamento in Opg.

Viene arrestato perché "*si impossessava della bicicletta nr. 118 del servizio comunale Bici Mia, di proprietà di Brescia Mobilità, sottraendola dalle rastrelliere poste sulla pubblica via, con aggravio di recidiva infraquinquennale*". Era stato fermato per la stessa ragione tempo prima.

Il giudice si rende conto delle difficoltà, della carenza di reti sociali e relazionali, dell'esiguità del reato e tuttavia la pericolosità presunta finisce per determinare ogni sua decisione.

All'ingresso in Opg viene descritto come tranquillo, rispettoso, silenzioso e adeguato. Il primo mese trascorre senza particolari evenienze. Mauro interroga insistentemente gli operatori sulla ragione della sua presenza in quel luogo, che non sa cosa sia e che di giorno in giorno percepisce come certezza del complotto di cui è vittima.

Verrà diagnosticato un disturbo paranoide di personalità e prescritto un trattamento farmacologico. Mauro rifiuta ostinatamente: sa di aver rubato una bicicletta e dice che semmai dovrebbe stare in carcere, non ha bisogno di farmaci, non ha malattie.

Sulla cartella si annota "*delirio florido, minacciosità, rifiuto ostinato della terapia*". "*Per attenuare la criticità, per tutelare l'incolumità del paziente e degli altri, si dispone il 29.10.2008 alle ore 17.30 la contenzione con 4 fasce, al reparto vigilanza, per il tempo necessario.*" Una volta legato viene sottoposto a terapia iniettiva con una copiosa dose di neurolettici e ansiolitici.<sup>321</sup>

---

<sup>319</sup> Il testo è tratto da: P. Dell'Acqua, S. D'Autilia, *Il ladro di biciclette e il pugile assassino*, aut aut, ilSaggiatore, Milano, 370, 2016.

<sup>320</sup> La storia di Mauro è desunta da una consulenza tecnica ordinata dalla Procura della Repubblica di Firenze al fine di documentare presunte cattive pratiche e mancanza o lacunosa assistenza nei confronti degli internati dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo fiorentino. La perizia, commissionata ed eseguita da Giuseppe Dell'Acqua nel corso del 2011, si è basata sulla consultazione di 21 cartelle cliniche riferite a 21 internati deceduti nei 10 anni precedenti. Solo il nome del protagonista è fittizio.

<sup>321</sup> Riteniamo opportuno arricchire le informazioni relative all'internamento di Mauro riportando in dettaglio il trattamento farmacologico. La contenzione e i farmaci vanno intesi in questo rapporto come direttamente connessi e

Il diario clinico, a giustificazione della contenzione, annota che Mauro è *“disinibito, mostra un atteggiamento polemico, beffardo e squalificante nei confronti degli operatori”*. Continua a dichiarare di opporsi a qualsiasi trattamento e che ritiene di essere perseguitato, che vuole parlare con qualcuno. E ancora *“assenza completa di coscienza di malattia”*.

Il giorno 31 ottobre, una nota della cartella riferisce che resta contenuto perché rifiuta di “collaborare”. Nel lessico dell’istituzione, ‘collaborare’ significa non accettare la punizione come trattamento e ha a che vedere con la persistenza della pericolosità.

Lo stesso giorno, nel tardo pomeriggio, si dispone la cessazione della contenzione: *“il quadro psicopatologico appare ancora impegnato, il paziente è sufficientemente sedato”*, si dispone la cessazione della contenzione.

Da questo momento Mauro entra nella routine dell’istituzione: ha accettato di “collaborare”.

Nell’aprile 2009 viene sottoposto al riesame della pericolosità sociale. Il risultato dell’accertamento si riduce a uno scarno dispositivo: *“rilevato che le condizioni psichiche del soggetto restano ancora critiche (!), pur se si va verso una certa stabilizzazione; rilevato ancora che per la esiguità del reato (furto di bicicletta nel periodo in cui il soggetto viveva da clochard) devono essere attivati i servizi psicosociali; ritenuto comunque che non può allo stato attuale essere esclusa la pericolosità sociale, si conferma la misura di sicurezza per ulteriori mesi 6.”* Ogni passaggio ne denuncia l’arbitrarietà e l’infondatezza. La pericolosità compare in tutta la sua evanescenza, un pretesto per trattenere Mauro, non sapendo cos’altro fare. Quanto scrive il giudice dovrebbe semmai esigere l’immediata liberazione di Mauro.

Dopo 8 mesi si registra un primo contatto con l’assistente sociale del Comune di origine che non porterà a niente di operativo.

Nell’agosto 2009 l’adattamento all’istituzione è totale. Il 31 agosto la perizia cui Mauro è stato sottoposto prescrive la misura di sicurezza definitiva. Dovrà rimanere per 2 anni in Opg.

La decisione risulta incomprensibile. Mauro si chiude in un mutismo impenetrabile, s’incupisce, in attesa della fine di un incubo.

A metà novembre Mauro sta male, viene visto dal medico, che prescrive esami ecografici e radiografici. Per le farraginosità organizzative dell’Opg, gli esami non verranno eseguiti in tempo.

Il 29 Novembre, di primo mattino, Mauro muore mentre nella sua cella si sta preparando un caffè. L’autopsia dirà di un infarto del miocardio massivo e devastante.

---

conseguenti alla pericolosità che porta Mauro in Opg e che domina in ogni angolo di quell’istituto. Stando alla cartella clinica, diversi sono i farmaci somministrati: Largactil, Tavor, Clopixolo Acufase, Haldol Decaonas, Valium, Serenase. L’assunzione dei farmaci, le conseguenze della contenzione, in concomitanza al regime istituzionale di abbandono e trascuratezza, costeranno a Mauro un deterioramento progressivo e silenzioso fino alla morte.

## Conclusioni

Si è aperto questo studio con la *Crisi delle scienze europee* di Husserl, coniugando il tema della crisi delle scienze prima con la storia e la società, e poi con l'idea stessa di uomo. Nel corso dei capitoli si è cercato di esplicitare in che senso la psichiatria rappresenti un esempio di questa crisi. Si tratterà ora, nelle battute finali, di raccogliere gli effetti dei nodi concettuali affrontati, dimostrando che, se alla filosofia è destinato come spazio d'azione quello dell'essere, proprio i problemi connessi all'essere, accantonati dalle frenesie delle nostre società, rispondono dei metodi di controllo e delle dinamiche di governo dei soggetti, in relazione alla verità.

Partiamo proprio dal rapporto verità/follia. Prendere in considerazione il tema della follia ha comportato l'analisi di quel potere di verità pacificamente e fiduciosamente riconosciuto alla scienza. Aderendo all'oggettivazione delle scienze e oggettivandosi lui stesso, l'uomo è divenuto niente più che un artefatto del sapere, per cui ogni *téchne*, è competente e risponde di un particolare aspetto della sua conoscenza. Occorre precisare però che non è una conoscenza dell'uomo in quanto essere-dell'uomo, ma un processo scientifico che fa capo alla strutturazione delle scienze, dove la conoscenza particolare vale lo specialismo che quella precisa disciplina mette in campo e niente di più. Il linguaggio dei tecnici, specifico e talvolta indecifrabile, ne sia una prova. Il processo mediante cui l'uomo è divenuto una sorta di prefabbricato della sua identità filosofica ha fondamento nell'acquiescenza con cui si è conferita indubitabile autorevolezza alle scienze.

Nel caso dei "saperi psy", il discorso si articola ulteriormente. In questi ambiti, la verità è rappresentata dalla malattia, che non potendo avere un riscontro fattivo e concreto, alla stregua delle altre aree della medicina o della scienza, finisce per dogmatizzarsi nelle convenzioni della lingua e dei termini diagnostici. Abbiamo visto nel quarto capitolo l'impossibilità di delimitare con certezza i confini di una malattia mentale, o di dire effettivamente cosa sia un disturbo mentale, benché tutti sappiano cosa s'intenda per 'schizofrenia' se si adopera questo termine. Un paradosso non da poco! Come dire: non si sa nella sostanza cos'è  $x$ , ma anziché dare a  $x$  una denominazione che sottenda nel suo significato oggettivo (*Bedeutung*) un'incognita, si preferisce chiamare  $x$  con un termine legato non tanto al *Bedeutung* della parola quanto al senso (*Sinn*), vale a dire: alterazione della realtà, pensiero dissociato, produzioni deliranti e così via. Se diamo credito al matematico e filosofo Gottlob Frege<sup>322</sup>, la contraddizione si gioca proprio qui: mentre il significato di una parola denota una descrizione oggettiva individuante, il senso è l'insieme delle proprietà che possono essere riferite a quell'oggetto. Se a un significato possono essere riferiti più sensi, a un senso può non corrispondere alcun significato. Un esempio semplice può essere "l'Ulisse dell'Odissea": un'espressione che ha un senso, ma non ha un significato. La domanda che allora viene spontaneo porre è: se il concetto di malattia mentale è trattato con il metro del senso e non del significato, come può essere soddisfatto il descrittivismo gnoseologico con cui il soggetto conosce un oggetto, in virtù del suo valore non ambiguo e universale? E come può essere salvata questa conoscenza dalla rappresentazione dell'osservatore singolo e privato?

Di questa dogmatizzazione risente anche l'autoreferenzialità della ricerca psicologica e psichiatrica:

---

<sup>322</sup> Nel 1892 Frege scrisse un articolo dal titolo *Über Sinn und Bedeutung* (cfr. trad. it. in *Ricerche logiche*, a cura di C. Lazzerini, Calderini, Bologna, 1970) distinguendo appunto tra la nozione di senso e di significato di un'espressione.

da un soggetto per il soggetto, da un'esistenza all'altra, senza dubitare dell'ingerenza relativa e particolare dello sguardo del tecnico sul paziente, senza dubitare del *Sinn* della relazione. Scrive Nietzsche:

Bisogna sapere che cosa sia essere per poter decidere se questa o quella cosa sia reale (ad esempio, i fatti della coscienza); e così pure che cosa sia certezza, che cosa conoscenza e simili. Ma poiché non lo sappiamo, una critica della facoltà conoscitiva è assurda: come potrebbe lo strumento criticare se stesso, mentre per farlo non può usare che se stesso? Non può nemmeno definirsi da sé!<sup>323</sup>

L'ultima parola che la storia e la consapevolezza storica affidano alla scienza è in realtà un'anestesia della vera realtà. Un'amnesia della soggettività. E se la scienza inciampa in modo ineluttabile nella soggettività, come un costante impedimento del suo cammino, si rialza poi più decisa di prima ad arginare l'abissale ed enigmatica presenza del soggetto.

Si capisce allora che parlare della dialettica dominanti/dominati ha in primo luogo a che fare con quel fenomeno per cui i tecnici, in virtù della loro formazione specialistica intendono non solo (e non tanto) conoscere l'uomo, ma immobilizzarlo in una presa tanto forte da poter essere recapitata al potere. La scienza non è mai ingenua e innocente. Deve sempre rendicontare i suoi giochi di verità. Ugualmente la conoscenza non è mai neutrale, ma inevitabilmente fraintesa.

Quando Nietzsche si chiede come possa “*questo conoscere l'altro*”<sup>324</sup>, afferma che la relazione con le cose del mondo è così sottoposta alle condizioni dell'esistenza, da poter quasi concludere che il nostro apparato conoscitivo non è programmato per conoscere. Esiste in questo senso un'onestà dell'interpretazione rappresentata dal reversibile intendere per fraintendere che Heidegger, probabilmente sulle orme di Nietzsche, ha identificato come “circolo ermeneutico” e che la fenomenologia esplicita nell'*epochè*. Constando in una sospensione di giudizio, quest'ultima non è in contraddizione con l'orizzonte ermeneutico della conoscenza heideggeriana, ma vi si armonizza nella misura in cui per raggiungere l'altro occorre tentare di abbandonare consapevolmente noi stessi. È una mira teoretica con risvolti pratici esplicitamente etici. L'inizio del paragrafo 32 di *Essere e tempo* spiega in modo chiaro questo concetto:

L'Esserci, in quanto comprensione, progetta il suo essere in possibilità. Questo comprendente *essere-per-le possibilità*, a causa del contraccolpo che le possibilità, in quanto aperte, hanno sull'Esserci, è anch'esso un poter-essere. Il progettare proprio della comprensione ha una possibilità di sviluppo sua propria. A questo sviluppo del comprendere diamo il nome d'interpretazione. In essa la comprensione, comprendendo, si appropria di ciò che ha compreso. Nell'interpretazione, la comprensione non diventa altra da sé, ma se stessa. L'interpretazione si fonda esistenzialmente nella comprensione: non è dunque questa a derivare da questa. L'interpretazione non è la presa di conoscenza del compreso, ma l'elaborazione delle possibilità progettate nella comprensione.<sup>325</sup>

La psichiatria (ovvero tutti i saperi *psy*), al contrario, per neutralizzare le contraddizioni di questa relazione, ricorre a quella “mitologia della terza persona” per cui l'altro non è mai il tu nel dialogo con il tecnico, ma sempre un terzo astratto e lontano, confinato alla sua malattia. Non solo non c'è più relazione, ma nemmeno intenzione di comprensione. Si erge soltanto una conoscenza che è totale e unilaterale: la riduzione alla diagnosi. È un giudizio che aliena la soggettività in favore di un prodotto scientifico e oggettivo.

---

<sup>323</sup> F. Nietzsche, *Volontà di potenza*, op. cit. , p. 273.

<sup>324</sup> Ivi, p.277.

<sup>325</sup> M. Heidegger, *Essere e tempo*, op. cit. , p.183.

Nel rapporto tra scienza e malato, le nozioni teoriche e lo specialismo pratico s'interpongono come distanziatori materiali e contribuiscono a confermare questa divisione delle parti che riflette la separazione tra chi sa e può e chi non sa e non può. Quanto più l'immagine del camice bianco evoca la competenza diagnostica e terapeutica, tanto più il soggetto si rassegna alla dimensione della malattia, che è esilio della presenza e della relazione. È qui che il fondamento delle scienze è rappresentato, come si diceva sopra, dalla compiacenza con cui l'uomo ne sottoscrive mandato e risultati.

Un ulteriore paradosso riguarda la trasparenza stessa di questa relazione: se, alla luce delle analisi condotte, la psichiatria agisce secondo paradigmi che hanno più a che vedere con la tutela dell'organizzazione sociale, piuttosto che con il malato in senso stretto, come si può credere che essa emetta valutazioni fondate e sinceramente riferite alla soggettività? Non si tratterà piuttosto di un'espressione dell'interesse della scienza?

Il mondo è un grande manicomio, dove i governanti sono gli psicologi e il popolo i pazienti. Ogni giorno che passa, è sempre maggiore il ruolo giocato da criminologi, psichiatri, e da tutti coloro che studiano il comportamento mentale dell'uomo. È per questo che il potere politico sta per acquisire una nuova funzione, quella terapeutica.<sup>326</sup>

Affermare che è la politica a esercitare una funzione terapeutica, soprattutto dal momento in cui sono stati chiusi i manicomi e la cura si è territorializzata, significa apprezzare che il parametro secondo cui si delibera se un soggetto gode di buona salute o no è stabilito non da una cultura esistenzialista e umanista, ma dai canoni della classe dominante, che ha interesse a raccogliere gli effetti pratici di queste delimitazioni. Si è verificato cioè un capovolgimento culturale: dall'*epimeleia heautou*, per cui studiare l'uomo significa prendere in considerazione le radici esistenziali del "sé" ("*per l'uomo la radice è l'uomo stesso*")<sup>327</sup>, all'*epimeleia allou*, per cui studiare l'uomo è considerare innanzi tutto l'altro, in quanto non appartenente al "sé"; come se per dare valore alla scienza occorresse ipotizzare un banco di prova, come se l'uomo fosse smembrato in un dentro/fuori, giusto/sbagliato.

Il "sé" non è mai ricettacolo d'individuale identità, ma semmai condizione di alterità. L'altro rappresenta sì un'esperienza limite per il soggetto, ma non come riduzione, bensì come occasione di senso, linguaggio e storia.

Gli altri sono piuttosto quelli dai quali per lo più non ci si distingue e fra i quali, quindi, si è anche. [...] Sul fondamento di questo essere-nel-mondo con il carattere di "con", il mondo è già sempre quello che io con-divido con gli altri. Il mondo dell'Esserci è con-mondo. [...] Gli altri s'incontrano a partire dal mondo in cui l'Esserci prendente cura si mantiene essenzialmente.<sup>328</sup>

L'istituzionalizzazione del *prendersi-cura* nelle forme assistenziali della clinica ha implicato che l'altro cessasse immediatamente di essere la condizione della nostra temporalità in atto, il valore del nostro esserci e la semantica dei nostri linguaggi. Le logiche istituzionali hanno tradotto la cura in un'assistenza monetizzabile e capitalizzabile, per cui l'altro è passato dall'essere il senso della cura all'essere l'oggetto delle conoscenze scientifiche e dei confezionamenti tecnologici. Lontani dal vedere in atto questa dimensione del *con-essere*, siamo votati a una e una sola versione del discorso,

---

<sup>326</sup> M. Foucault, *Il mondo è un grande manicomio*, in *Follia e psichiatria*, op. cit., p.68.

<sup>327</sup> K. Marx, *Per la critica della filosofia del diritto di Hegel*, in *Annali franco-tedeschi*. Cfr: <https://www.marxists.org/italiano/marx-engels/1844/2/criticahegel.htm>

<sup>328</sup> M. Heidegger, *Essere e tempo*, op. cit., pp.149, 150.

a una e una sola versione della storia, che è riflesso in atto del “si pensa”, “si dice”, “si fa”.

La politica, così come la scienza, non è mai protesa verso “l’uomo genealogico” ma sempre verso “l’uomo storico”: mentre la vita del primo si snoda nel compromesso con un a priori esistenzialmente reale, il secondo si rende governabile attraverso la restituzione della verità da parte del potere. La stessa medicalizzazione dei soggetti s’innesta in questa condizione di governabilità e fornisce una prova schiacciante del fatto che “è dunque innanzi tutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina, è solo secondariamente - per il fatto che vi è una medicina - che gli uomini sanno in che cosa essi sono malati”<sup>329</sup>. Le parole di Canguilhem esplicitano sia il desiderio che gli uomini ripongono nel potere di verità della scienza, sia la convenzionalità di questo processo, volto alla formulazione “del che cosa” della malattia. Un particolare questo di non poca rilevanza, se, come già detto, finisce per riconoscere all’azione medica la produzione di una verità che implichi in sequenza: la ricostruzione delle cause, la descrizione del dato oggettivo e la stima della terapia. È un automatismo a cui la medicina non sa rinunciare. L’urgenza che ha la clinica di domandarsi “malato di cosa” piuttosto che “malato perché” esemplifica non solo il finalismo materiale e obiettivo delle scienze, ma anche i loro specialismi chiusi e finiti.

Pertanto, il problema è che la medicina non opera tanto senza storia, come pure è stato detto, ma senza genealogia, ovvero come se quell’essere uomo dell’uomo non comportasse innanzi tutto di presumere che ha dei bisogni. Lo stesso bisogno che l’uomo ha della scienza non si motiva con la conoscenza di sé e del mondo, ma con la riconsegna di una possibilità che confermi, volta dopo volta, che è sempre per il soggetto che esiste la ricerca e non il contrario. La scienza è un’occasione per la soggettività, non contro di essa. Può sembrare un assunto banale e scontato, ma basti rivolgere lo sguardo alla cronaca giornalistica e ai luoghi comuni del “ben pensare”, impregnati di pregiudizio e ideologismo, per comprendere di far parte di una società votata alla criminalizzazione del bisogno, anziché alla sua cura: un’accoglienza concreta per l’immigrato, un lavoro solido per il disoccupato, un’assistenza sincera per il malato di mente, un percorso riabilitante per il carcerato, una fattiva ripresa per il tossicodipendente e così via. Non è moralisticamente filosofico il cammino verso la dignità del soggetto, ma fondato su un’analisi capillare, che sia effettivamente critica delle condizioni di realtà entro le quali i soggetti si ammalano o s’immiseriscono. Invece, accade che, mentre si ricorre al tecnicismo delle parti (pareri di esperti, perizie, tavole rotonde, conferenze monografiche e così via) per risolvere i problemi sociali, si amplifica sempre più la frattura tra l’uomo e il suo mondo, e tra il soggetto e le sue radici di verità.

Si capisce in che misura il tema della malattia mentale rappresenti allora solo un’esplicitazione della crisi più estesa di tutte le scienze. Spogliata di qualsiasi significato esistenziale, la malattia finisce per essere niente più che un fatto a sé, freddo, definito e concluso, anziché rappresentare un *continuum* coerente.

L’ordine della malattia non è d’altra parte che un calco del mondo della vita; qui e là regnano le stesse strutture, le stesse forme di ripartizione, lo stesso ordinamento. La razionalità della vita è identica alla razionalità di ciò che la minaccia. Il loro rapporto reciproco non è da natura a contro-natura; piuttosto in un ordine naturale che è loro proprio, s’inseriscono l’una nell’altra e si sovrappongono. Nella malattia si riconosce la vita poiché è la legge della vita che fonda, in sovrappiù, la conoscenza della malattia.<sup>330</sup>

Allo stesso modo ragione e follia non sono esperienze in opposizione e contraddizione, ma pagine

<sup>329</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit. , pp. 190, 191.

<sup>330</sup> M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1998, p.20.

diverse della condizione umana. Su questo punto la riforma psichiatrica italiana è stata straordinariamente chiara, mettendo in atto quella territorializzazione della follia che, fuori dai significativi legislativi, rappresenta un ritorno del folle da dove era venuto. La 180, riversando la follia sulla vita e sulla società all'esterno dei manicomi, rivela che sia l'infezione patologica, sia la sua cura e guarigione, sono processi esistenziali. L'uomo si ammala e risana solo nella condizione dell'esserci. In questo senso, ancora oggi raccogliamo l'appello di Basaglia di un ritorno alla filosofia, che è quindi un ritorno all'esistenza, per porre l'uomo di fronte alle sue reali possibilità e alle sue biografiche radici di senso.

Continueremo ad accettare che lo psichiatra si formi esclusivamente in una facoltà di medicina, nella quale già la storia stessa della medicina è presente in modo molto marginale, ma nella quale la filosofia è assente del tutto? Si parla molto e da molto tempo di riforma dell'università, ma non si pone mai davvero il problema serio della formazione dentro l'università. Dobbiamo continuare ad accontentarci che qualche psichiatra, animato da buona volontà, legga, chissà come e chissà perché, qualche libro di filosofia? Credete forse che la filosofia sia una chiacchierata vaga e generica alla quale basta avvicinarsi con un po' di curiosità?<sup>331</sup>

Dal passo si deduce bene che non è possibile affrontare le pratiche, senza occuparsi della formazione che abilita a quelle pratiche. L'insegnamento non può non tener conto dell'aspetto aprioristico della conoscenza: il conoscere perché. Per rispondere dell'esserci come possibilità di senso. Le scienze umane devono allora rappresentare l'occasione *sine qua non* il superamento della conoscenza in scomparti stagni non può avvenire. Devono lanciare la sfida della dialettica e dell'unità del sapere agli specialismi e alla rigida divisione delle scienze. Il rischio sarebbe altrimenti quello di vedere Basaglia (o chi per lui) come un casuale clandestino nei labirintici corridoi della filosofia, che certamente non consegnano risposte concluse e rassicuranti, ma insegnano a capire perché formulare quelle precise domande.

Pensano davvero gli psichiatri che la filosofia possa offrire qualcosa al loro lavoro, al di là di qualche citazione erudita o di vaghi riferimenti da esibire all'inizio e alla fine delle loro conferenze? E d'altra parte cosa pensano davvero i filosofi di avere da offrire agli psichiatri? Basaglia era consapevole di un suo debito nei confronti della fenomenologia. Oggi porrei la questione in questi termini. Se c'è un punto irrinunciabile per un fenomenologo è la non accettazione degli steccati disciplinari. Il fondamento dei saperi è comune e risale alle pratiche precategoriale della vita prescientifica, alle pratiche appunto del mondo della vita. Oggi invece gli specialismi disciplinari dominano sovrani.<sup>332</sup>

Lo stesso criterio con cui la ricerca muove i suoi passi nel buio fa pensare a una pulsione di verità tale da trattare l'uomo con la categoria dell'immortalità, anziché con la consapevolezza della limitatezza e della finitudine. Si farà notare che naturalmente l'immortalità deve essere il motore della ricerca scientifica, ed è giusto che lo sia, ma assumere una volontà di verità che prenda a modello l'immortalità è una cosa ben diversa, ed ha a che fare con quella presunzione veritativa delle scienze che resiste a vedere il *pathos* come esperienza costitutiva dell'essere-nel-mondo.

La malattia, iscritta perfettamente nelle pieghe della verità che la scienza e la storia elaborano sul soggetto, finisce in questa veste per avallare l'equazione "normalità = salute", assumendo l'adattamento come unità di misura del benessere. Il risultato non è una cura, ma un appello alla normalità, come soglia dell'esserci, per esserci. Si consuma cioè un'assolutizzazione della norma, in relazione alla quale tutto quanto norma non è non ha motivo di esistere. Da qui: la malattia come

---

<sup>331</sup> C. Sini, *La domanda filosofica*, in *Franco Basaglia e la filosofia del '900*, BE-MA, Milano, 2008, p.68.

<sup>332</sup> Ivi, p.67.

contrario della salute; la delinquenza come contrario del rigore e la criminalità come contrario della giustizia. La normalità diviene la culla del benessere, nelle sottocategorie della disciplina, del buon costume, dell'efficienza, e in una parola della ragione. Il fine è fare in modo che la diversità divenga il focolaio dell'indignazione e della riprovazione.

Chi entra in manicomio è matto, e matto significa stigmatizzazione negativa di una persona. Chi entra in carcere, qualunque sia il perché, è criminale, e criminale è una connotazione negativa della persona. Quanto allo studente, se è promosso vuol dire che va bene; se è bocciato, allora è un cretino. Questi sono esempi di come i saperi che rappresentano le istituzioni possono criminalizzare la persona. Allora a cosa servono le istituzioni? Evidentemente non servono a tutelare il cittadino ma a difendere e conservare lo Stato.<sup>333</sup>

Chiedersi con Basaglia, e ovviamente con Foucault, a cosa servono le istituzioni ha richiesto di prendere in considerazione la figura dei tecnici, ovvero gli amministratori dell'istituzione, non tanto per guadagnare la consapevolezza della loro posizione professionale, quanto per contestualizzarli nella logica delle precise competenze tecniche e scientifiche che ogni istituzione è deputata ad adempiere nella costruzione del governo dei soggetti. Esiste una sterile ideologia del tecnicismo basata sulla convinzione che ogni area della scienza abbia i suoi propri oggetti di competenza, come se le discipline fossero poligoni senza comunicazione e respiro, stagne e rispondenti solo di se stesse. Un aspetto che le scienze umane, con i loro ritratti marmorei e prefabbricati del soggetto, finiscono per enfatizzare, anziché ridimensionare, dietro all'alibi dello studio dell'uomo in quanto umano. *“Le dirò che non penso si debba tentare di definire la psicologia come scienza, ma forse come forma culturale; questo si iscrive in tutta una serie di fenomeni che la cultura occidentale conosce da tempo e nei quali sono potute nascere cose come la confessione, come la casistica, come i dialoghi, i discorsi, i ragionamenti [...]”*<sup>334</sup> Privare una scienza come la psicologia (o ancora meglio la psichiatria) del suo statuto scientifico implica che le sue analisi possano trovarsi in una fruizione così libera e svincolata, da poter pensare a una “forma culturale” che non rivendichi né la presunzione del tecnicismo, né gli effetti laconici e totali del suo potere di verità.

Al contrario la dimensione politica della cura è un'officina del consenso, una simultanea pretesa di autorevolezza e acquiescente assoggettamento. Esecutori materiali di questo processo sono gli specialisti, quelli che Sartre definisce *“i tecnici del sapere pratico delle ideologie e dei crimini di pace da esse legalizzati e giustificati”*<sup>335</sup>. Il legame tra classe dominante, ideologia scientifica e tecnici del sapere sfocia non solo nella codificazione degli statuti e dei contenuti disciplinari, ma anche nel modo in cui questi contenuti vengono trasmessi nei luoghi dell'istruzione e della comunicazione: accostata la vera realtà del soggetto, si fabbrica e s'impartisce un'idea di uomo, di relazione tra l'uomo e il mondo, e tra l'uomo e la malattia, che non ha niente a che vedere con la condizione filosofica di esistenza. Non da meno le scienze umane, con la loro schiera di intellettuali, assolvono e confermano questa funzione, appellandosi alla storia. La macchina del consenso ha fondamenti storici. Chi consegue prestigio conosce le trame della storia, gli andirivieni del potere e le sue scorciatoie istituzionali, tanto che per dirla con Gramsci *“gli intellettuali sono i “commessi” del gruppo dominante”*<sup>336</sup>. Nell'epoca delle società di massa, ottenere l'appoggio di strati sempre più

---

<sup>333</sup> F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, op. cit. , pp. 136, 137.

<sup>334</sup> M. Foucault, *Follia e discorso*, op. cit. , p. 99.

<sup>335</sup> F. Basaglia, *Crimini di pace*, in *L'utopia della realtà*, op. cit. , p.210.

<sup>336</sup> A. Gramsci, *Quaderni del carcere, Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura (1930)*, in *L'Utopia della realtà*, op. cit. , p.208.

ampi della popolazione è per gli esponenti politici di così vitale importanza, da ritenere assolutamente necessaria l'intermediazione di intellettuali che santifichino e smerchino i loro prodotti, dietro l'altare della scienza.

La nascita delle scienze umane sembrava dare inizialmente nuove aperture e nuove prospettive alla lotta per la liberazione dell'uomo. Psichiatria, psicologia, psicoanalisi, sembravano poter offrire nuovi strumenti d'indagine e di intervento per lenire la sofferenza umana. La criminologia proclamava di voler proteggere - assieme alla società - il criminale dalle sue tendenze abnormi. La sociologia sembrava offrire uno strumento di analisi e di conoscenza dei fenomeni sociali, tali da consentire la trasformazione della realtà e il superamento delle contraddizioni indagate e individuate. Ma, una volta immesse queste nuove scienze nella logica della divisione in classi, quindi nella logica dell'oppressione di una classe sull'altra, esse si sono praticamente tradotte in ulteriori strumenti, utili alla conferma di questa oppressione.<sup>337</sup>

La stessa clinica, nata per dare strutturazione sistematica al sapere medico, finisce per spostare tutto il valore della medicina sulla malattia anziché sull'uomo. Tramite il dispositivo dello sguardo medico si è verificata cioè una sovrapposizione tra il corpo dell'uomo e il corpo della malattia. L'occhio del medico, esibendo sovranità tecnica, ha rivendicato effetti clinici panottici. Lo stesso "colpo d'occhio" consegna alla medicina la possibilità di avere un iniziale quadro d'insieme dell'"uomo malato" sulla base di uno sguardo preparato e formato a guardare rapidamente. La scienza deve comporre risposte celeri. Il segno della malattia deve poter essere velocemente inquadrato e ricondotto a una diagnosi complessiva. "Il tecnico deve vedere" potrebbe valere come sintesi dei processi d'istituzionalizzazione della scienza e della tecnica in strumenti di produzione di verità sulla soggettività. Ma la malattia mentale che segni visibili, empirici e condivisibili ha? La follia gioca un brutto scherzo alla scienza e si capisce quanto la psichiatria abbia dovuto, irrigidendo di volta in volta le sue pratiche, faticare per affermarsi su di essa. Per osservare e catalogare bene una materia così poco visibile, enigmatica e abissale come la soggettività è stato necessario sviluppare strumenti ottici estremamente sensibili e precisi. Non è un caso che il Linneo della psichiatria sia considerato Kraepelin, massimo esponente della scuola osservativa e classificatoria. L'occhio tecnico diviene il padrone della verità, una sorta di grande linguaggio che concentra nelle sue parole tutti i sensi e i significati dell'altro.

Chiedersi come reagisce la scienza al non-visibile e al non-comprensibile della follia significa compiere un atto genealogico, poiché è genealogico domandarsi quale sia l'essere della malattia al di là dell'osservazione di segni e sintomi. La filosofia, nel suo studio complessivo dell'uomo e dell'esserci dell'uomo, potrebbe accontentarsi di una banale riduzione della malattia a una sequela di segni e sintomi, così come si dice che l'asfalto bagnato è il segno certo che è piovuto? Ci accontenteremo di questo inautentico finalismo tecnico, o è il caso di consegnare l'esperienza della malattia a un tessuto esistenziale molto più ampio?

Nel caso della clinica psichiatrica siamo di fronte a una sorta di grande archivio delle eziologie, ovvero dell'a posteriori della malattia, e non c'è modo di curarsi delle dinamiche per cui "la vita ammala", ovvero dell'a priori della malattia. Lo studio di questo a priori, estraneo alla raffica produttiva della macchina sociale, finirebbe per rallentare i ritmi del progresso scientifico e dei traguardi tecnici che passano inesorabili per le vie della comunicazione, e della formazione. L'istruzione ha bisogno di abbassare i nodi dell'essere-nel-mondo ad argomento se vuole andare d'accordo con gli ingranaggi del potere.

---

<sup>337</sup> F. Basaglia, *Crimini di pace*, in *L'utopia della realtà*, op. cit. , p. 218.

L'ideologia medica [...] assume su di sé l'esperienza soggettiva della malattia, neutralizzandola e negandola fino a ridurla a puro oggetto di sua competenza. Paradossalmente essa distrugge il malato nel momento in cui tenta di guarirlo, defraudandolo del suo rapporto con la propria malattia (il suo rapporto con il proprio corpo, con la propria storia, con il modo soggettivo di vivere l'uno e l'altra).<sup>338</sup>

A ben vedere, non è tanto importante che il folle deliri, ma che non riconosca una realtà che è reale in quanto giudicata tale dai poteri di verità istituzionali. Per cui occorre dare la caccia a questa patologia, che è di fatto un'incapacità di verità, per attribuirle un abito semantico e politico altro rispetto all'esistenza. Ne deriva una separazione tra la vita, *Lebenswelt*, e la malattia. Come se quest'ultima fosse il confine tra l'esserci e la salute o tra l'esserci e il non-esserci, al fine di dettar legge non solo sul benessere in quanto categoria medica, ma anche sulla normalità in quanto categoria politica e sociale. Se si assolutizza il benessere e l'efficienza come valori sommi da perseguire ed esibire, è evidente che tutto quanto non è coerente con questa logica diviene errore da rifuggire e rinnegare, senza scrupolo di oltraggio alla soggettività.

*L'hic et nunc* del soggetto non è mai afferrabile. Presenza e soggettività sono dei vuoti a perdere, sostanze aeriformi. Quanto più s'intende trattenerle e afferrarle, tanto più esse restituiscono il valore eventuale della *Lebenswelt*. Il mondo della vita sfugge perché è costitutivamente immune dalle logiche d'identificazione e conoscenza. Il paradosso di cui è responsabile il mondo moderno invece vedrebbe il sistema dei desideri come inafferrabile e la soggettività come una materia fin troppo espugnabile. Si è visto nel capitolo 3 in che misura il fluire continuo del desiderio, a discapito dei bisogni reali dei soggetti, sia la cifra delle società nelle quali la materialità dell'avere decide dell'essere. Ebbene, se dovessimo pensare a quali effetti sortirebbe un'interruzione di questa desiderabilità (proprio nei termini di un'abilità al desiderio), probabilmente arriveremmo alla conclusione di una scarcerazione della soggettività dalla trincea dei giudizi di verità. Sprigionare l'uomo significa arginare quei meccanismi di dominio che, attraverso la logica del desiderio, determinano la definizione dei soggetti e quindi il loro controllo. Non è ammissibile alcuna *ratio* linguistica che faccia della verità del soggetto un discorso scientifico. Non è pensabile una convivenza tra la vita come esperimento e la vita come argomento. È un conflitto d'interessi troppo grande.

[...] il problema della filosofia occidentale è proprio questo, e in questo consiste la sfida rivolta alla filosofia occidentale – ovvero, nel chiedersi in che modo il mondo possa essere oggetto di conoscenza e al tempo stesso luogo di prova per il soggetto, e in che modo possa esserci un soggetto di conoscenza che offre a se stesso il mondo come oggetto attraverso una *téchné*, e un soggetto dell'esperienza di sé che offre a se stesso un tale mondo nella forma, radicalmente diversa, del luogo di prova [...]<sup>339</sup>

La contraddizione esplicitata da Foucault impone di chiedersi come possa il soggetto della conoscenza essere simultaneamente oggetto di conoscenza. E come possa una scienza creata dall'uomo produrre infine effetti contro l'uomo? La risposta ha a che fare sia col fatto che la verità governa sempre i soggetti sia col prezzo che questi ultimi devono pagare per la sua esplicitazione. La ragione psichiatrica è un emblema di questo processo. Se l'uomo sano è il prototipo della scienza e dello stato moderno, occorre ricordare che il patologico è in prima istanza uno degli a priori fondamentali dell'esserci. La vita è sempre patologica. Una spina nelle carni. La stessa tensione per

<sup>338</sup> F. Basaglia, *Condotta perturbate*, in *L'utopia della realtà*, op. cit. , pp.277, 278.

<sup>339</sup> M. Foucault, *L'ermeneutica del soggetto*, op. cit. , pp.435, 436.

la verità è un'infezione che il soggetto contrae con la nascita, un'ossessione di cui non potrà liberarsi. *“La verità è quel genere di errore senza di cui un determinato genere di esseri viventi non potrebbe vivere. Alla fine decide per la vita.”*<sup>340</sup> Si parlerà allora di “biopatia”, come del punto di partenza dal quale la scienza deve conferire al soggetto un reale terreno di storia, che sia occasione di senso e riempimento di quel vuoto creatosi non solo tra una disciplina e l'altra ma anche tra l'uomo e la scienza. Così, se Nietzsche ha parlato di *Übermensch* per descrivere un uomo che supera i suoi stessi limiti conoscitivi ed etici, si tratterà di auspicare ora una sorta di *“Überwissenschaft”*, una scienza che superi la scienza se vuole raggiungere l'uomo.

---

<sup>340</sup> F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, op. cit. , p.276.

## Bibliografia:

- Abbagnano, N. (terza edizione aggiornata da G. Fornero), (2013), Dizionario di filosofia, Utet, Novara.
- Angell, M. (2011), *The epidemic of mental illness: Why?*, vol.58, n.11, *The illusion of psychiatry*, n.12, trad. it. *L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria*, Psicoterapia e Scienze Umane, 2, 2012.
- A.A. V.V. (2012), *Psychiatry beyond the current paradigm*, The British Journal of Psychiatry, 201, <http://bjp.rcpsych.org/>
- Assoun P. L. (1980), *Freud e Nietzsche*, Press Universitaires de France, Paris, trad. it. *Freud e Nietzsche*, Fioriti, Roma, 1998.
- Basaglia F. (1981-1982), *Ansia e malafede*, in *Scritti I*, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F. (1981-1982), *Che cos'è la psichiatria?* [Presentazione a], in *Scritti I*, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F. (2005), *Condotte perturbate*, in *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F. (2000), *Conferenze brasiliane*, Cortina, Milano.
- Basaglia, F.(1981-1982), *Corpo, sguardo e silenzio*, in *Scritti I*, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F. (1981-1982), *Crimini di pace*, in *Scritti II*, Einaudi, Torino.
- Basaglia F. e Ongaro F. (1981-1982), *Introduzione ad "Asylums"*, in *Scritti II*, Einaudi, Torino.
- Basaglia F. e Ongaro F. (1981-1982), *Introduzione a "Lo psicanalismo"*, in *Scritti II*, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F. (1981-1982), *La Comunità Terapeutica e le istituzioni psichiatriche*, in *Scritti II*, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F. (1981-1982), *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo d'istituzionalizzazione*, in *Scritti I*, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F. (1981-1982), *La giustizia che punisce*, in *Scritti II*, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F. (1981-1982), *La maggioranza deviante*, in *Scritti II*, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F. (a cura di), (1968), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, ried. Baldini Castoldi Dalai, Milano, 2010.
- Basaglia, F. (1981-1982), *Un problema di psichiatria istituzionale*, in *Scritti I*, Einaudi, Torino.
- Bauman, Z. (2000), *Liquid Modernity*, Polity Press, Cambridge, trad. it. *Modernità liquida*, Laterza, Bari, 2011.

- Beneduce, R. (2015), *Ernesto De Martino. Un'etnopsichiatria della crisi e del riscatto*, aut aut, 366, ilSaggiatore, Milano.
- Beneduce, R. (2013), *Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano.
- Canguilhem, G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris, trad. it. *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino, 1998.
- Castel, R. (1977), *L'Ordre psychiatrique, Les sens commun, L'ordine psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- Civita, A. (2007), *Psicopatologia*, Carocci, Roma.
- Colucci, M. (2013), *Fabrizio, con una zeta. Per una critica della ragione diagnostica*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano.
- Corbellini G. e Jervis G. (2008), *La razionalità negata*, Bollati Boringhieri, Torino.
- D'Autilia S. e Dell'Acqua P. (2013), *Abbandonare quei luoghi, abitare le soglie*, Rivista italiana di Medicina legale e del diritto in campo sanitario, 3, Giuffrè, Milano.
- D'Autilia S. e Dell'Acqua P. (2014), *Crimini di pace: articolo 206 del Codice penale*, <http://www.news-forumsalutementale.it/crimini-di-pace-articolo-206-del-codice-penale/>
- D'Autilia S. e Dell'Acqua P. (2016), *Il ladro di biciclette e il pugile assassino*, aut aut, 370, ilSaggiatore, Milano.
- D'Autilia S. e Muni A. (2014), *La dimensione politica della guarigione: il diritto a star bene. Intervista a Roberto Mezzina sul convegno Impazzire si può*, <http://www.chartasporca.it/la-dimensione-politica-della-guarigione-il-diritto-a-star-bene/>
- D'Autilia S. e Dell'Acqua P. (2015), *Non si può non prendere parte. Immagini dal fronte*, in *Manicomi. Psichiatria e antipsichiatria nelle immagini degli anni settanta*, Contrasto, Roma.
- D'Autilia, S. (2013), *Per un coraggio di verità della diagnosi psichiatrica*, Esercizi filosofici, Vol.8, n.2.
- D'Autilia, S. (2016), *Proliferazione diagnostica e vittorie scientifiche, ovvero: dove sono finiti i normali?*, <http://www.news-forumsalutementale.it/>
- D'Autilia S. e Dell'Acqua P. (2014), "Salute mentale" (voce), *Dizionario del lavoro educativo*, Carocci, Milano.
- Deleuze G. e Guattari F. (1972), *L'Anti-Œdip*, Minuit, Paris, trad. it. *L'anti-Edipo*, Einaudi, Torino, 2002.
- Deleuze, G. (1962), *Nietzsche et la philosophie*, Presses Universitaires de France, *Nietzsche e la filosofia*, Einaudi, Torino, 2002.

- Dell'Acqua, P. (2003), *Fuori come va?*, Riuniti, Roma, ried. Feltrinelli, Milano, 2010.
- Dell'Acqua, P. (1980), *Non ho l'arma che uccide il leone*, Editoriale Libreria, Trieste, ried. Alpha Beta Verlag, Merano, 2014.
- De Martino, E. (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino, (ried. 2002).
- Di Vittorio, P. (1999), *Foucault e Basaglia, ombre corte*, Verona.
- Di Vittorio, P. (2011), *Togliersi la corona. Foucault e Basaglia, storia di una ricezione "minore"*, aut aut, 351, ilSaggiatore, Milano.
- Dodaro, G. (2015), *Coercizione in psichiatria tra sicurezza dei luoghi di cura e diritti fondamentali del paziente*, in *Il nodo della contenzione*, S. Rossi (a cura di), Alpha Beta Verlag, Merano.
- Elbogen E. e Johnson S. (2009) *The intricate link between violence and mental disorder*, Archives of General Psychiatry, National Library of Medicine National Institutes of Health, vol.66, n.2.
- Fanon, F. (1961), *Les Damnés de la Terre*, Éditions Maspéro, *I dannati della terra*, Einaudi, Torino, 2007.
- Ferraris, M. (2005), *Storia della volontà di potenza*, in *La volontà di potenza*, Bompiani, Milano.
- Forti, L. (a cura di), (1975), *L'altra pazzia*, Feltrinelli, Milano.
- Foucault, M. (2008), *Le gouvernement de soi et des autres*, Seuil/Gallimard, Paris, trad. it. *Il governo di sé e degli altri*, Feltrinelli, Milano, 2014.
- Foucault, M. (1994), *Dits et Écrits*, Gallimard, Paris, trad. it. *Discipline, Poteri, Verità. Detti e Scritti 1970-1984*, Marietti, Genova – Milano, 2008.
- Foucault, M. (1994), *Dits et Écrits*, Gallimard, Paris, trad. it. *Follia e discorso*, Feltrinelli, Milano, 2014.
- Foucault, M. (1994), *Dits et Écrits*, Gallimard, Paris, trad. it. *Follia e psichiatria*, Cortina, Milano, 2006.
- Foucault, M. (2003), *Le pouvoir psychiatrique*, Seuil/Gallimard, Paris, trad. it. *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004.
- Foucault, M. (2001), *L'herméneutique du sujet*, Seuil/Gallimard, trad. it. *L'ermeneutica del soggetto*, Feltrinelli, Milano, 2011.
- Foucault, M. (1963), *Naissance de la clinique*, Presses universitaire de France, Paris, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1998.
- Foucault, F. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1993.
- Foucault, M. (1961), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris, trad. it. *Storia della follia*

*nell'età classica*, BUR, Rizzoli, 2010.

- Foucault, M. (2011), *Storia della follia e antipsichiatria*, in aut aut, 351, ilSaggiatore, Milano.
- Frances, A. (2010), *DSM in Philosophyland: Curiouser and Curiouser*, Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry (AAPP), 2, trad. it. *Il DSM nel paese della filosofia*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano, 2013.
- Frances, A. (2013), *Primo, non curare chi è normale. Contro le invenzioni delle malattie*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gallio, G. e Saraceno, B. (2013) *Diagnosi, "common language" e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano.
- Giacanelli, F. e E. G. Boriosi (1982), *Le parole della psichiatria*, Zanichelli, Bologna.
- Goffman, E. (1961), *Asylums*, Anchor Books, trad. it. *Asylums*, Einaudi, Torino, 2010.
- Gonon, F. (2011), *La psychiatrie biologique: une bulle spéculative?*, Esprit, trad. it. *La psichiatria biologica: una bolla speculativa?*, aut aut, 357, Il Saggiatore, Milano, 2013.
- Gutman, Hutton e Martin (a cura di), (1992) *Michel Foucault, Technologie del sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Heidegger, M. (1927), *Sein und Zeit*, Halle, trad. it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 2008.
- Heller, Á. (1974), *Bedeutung und Funktion des Begriffs Bedürfnis im Denken von Karl Marx*, trad. it *La teoria dei bisogni in Marx*, Feltrinelli, Milano, 1977.
- Husserl, E. (1950), *Die Idee der Phänomenologie*, Martinus Nijhoff, The Hague, trad. it. *L'idea della fenomenologia*, Laterza, Bari, 2007.
- Husserl, E. (1959), *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, Martinus Nijhoff, The Hague, trad. it. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, ilSaggiatore, Milano, 2008.
- Kirsch, I. (2009), *The Emperor's New Drugs. Exploding the Antidepressant Myth*, The Bodley Head, London, trad. it. *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito. Dalle pillole della felicità alla cura integrata*, Tecniche Nuove, Milano, 2012.
- Kraepelin, E. (1901), *Einführung in die psychiatrische Klinik*, Leipzig, trad. it. *Introduzione alla clinica psichiatrica*, Società editrice libraria, Milano, 1905.
- Laing, R. D. (1955), *The Divided Self*, Tavistock Publications, London, trad. it. *L'io diviso*, Einaudi, Torino, 2010.
- Lacan, J. (1980), *Le Séminaire, Les psychoses*, Le Seuil, Paris, trad. it. *Il seminario, Le psicosi*, Libro III, Einaudi, Torino, 1985.
- Lacan, J. (1966), *Écrits*, Éditions du Seuil, Paris, trad. it. *La significazione del fallo*, in *Scritti*, vol.II, Einaudi, Torino, 1976.

- Lacan, J. (2005), *Mon enseignement et Je parle aux murs*, Éditions du Seuil, Paris, trad. it. *Il mio insegnamento e io parlo ai muri*, Astrolabio, Roma, 2014.
- Lombroso, C. (1878), *L'uomo delinquente*, Fratelli Bocca, Torino.
- Mancini, A. (a cura di), (2012), *Recensioni*, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVI,2, 2012.
- Marin I. e Bon S. (2012), *Guarire si può*, Alpha Beta Verlag, Merano.
- Marcuse, H. (1964), *One-Dimensional Man*, Beacon Press, Boston, trad. it. *L'uomo a una dimensione*, Einaudi, Torino, 1967.
- Marx, K. (1857-1858), *Grundrisse der Kritik der politischen Ökonomie*, Istituto Marx-Engels-Lenin, Mosca, trad. it. *Lineamenti fondamentali della critica dell'economia politica*, La Nuova Italia, Firenze, vol.I, 1968. (Marx, K. (1957), *Per la critica dell'economia politica*, Editori Riuniti, Roma.)
- Marx, K. (1972), *Oekonomisch-philosophische Manuskripte aus dem Jahre 1844*, in *K. Marx – F. Engels Historisch-kritische Gesamtausgabe*, Istituto Marx-Engels, Mosca, trad. it. *Manoscritti economico-filosofici del 1844*, Einaudi, Torino, 2004.
- Marx, K. (1844), *Zur Kritik der hegelschen Rechtsphilosophie*, trad. it. *Per la critica della filosofia del diritto di Hegel*, in *Deutsch-Französische Jahrbücher*, trad. it. *Annali franco-tedeschi*, <https://www.marxist.org/>
- Maslow, A. (1962), *Toward a Psychology of Being*, Van Nostrand-Reinhold, Princeton, trad. it. *Verso una psicologia dell'essere*, Astrolabio, Roma, 1971.
- Mattos (de), V. (2006), *Crime e psiquiatria, Uma saída: preliminares para desconstrução das medidas de segurança*, Revan, Rio de Janeiro, trad. it. *Una via d'uscita*, Alpha Beta Verlag, Merano, 2012.
- Migone, P. (2005), *Farmaci antidepressivi nella pratica psichiatrica: efficacia reale*, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39.
- Minard, M. (2013), *La validità delle diagnosi psichiatriche. Dalla battaglia degli omosessuali alla lotta dei veterani*, aut aut, 357, ilSaggiatore, Milano.
- Nietzsche, F. (1901) *Der Wille zur Macht*, trad. it. *La volontà di potenza*, Bompiani, Milano, 2005.
- Nietzsche F. (1882), *Die fröhliche Wissenschaft*, Verlag von Ernst Schmeitzner, trad. it. *La gaia scienza*, Adelphi, Milano, 2008.
- Nietzsche, F. (1870-1873), *Die Philosophie im tragischem Zeitalter der Grechien*, trad.it. *La filosofia nell'epoca tragica dei Greci*, Adelphi, Milano, 2006.
- Nietzsche, F. (1888), *Ecce homo*, Leipzig, trad. it. *Ecce homo*, Adelphi, Milano, 2008.
- Nietzsche, F. (1889), *Götzen-Dämmerung*, Leipzig, trad. it. *Crepuscolo degli idoli*, Adelphi, Milano, 1997.

- Nietzsche, F. (1887), *Zur Genealogie der Moral*, Leipzig, trad. it. *Genealogia della morale*, Adelphi, Milano, 2007.
- Ongaro Basaglia, F. (1982), *Salute/malattia*, Einaudi, Torino, ried. *Salute/Malattia, Le parole della medicina*, Alpha Beta Verlag, Merano, 2012.
- Paci, E. (1969) *Istituzione totale*, aut aut, 113, ilSaggiatore, Milano.
- Pitrelli, N. (2004), *L'uomo che restituì la parola ai matti*, Riuniti, Roma.
- Pirella, A. (1999), *Il problema psichiatrico*, Centro di Documentazione di Pistoia.
- Sartre, J. P. (1985), *Critique de la raison dialectique II. L'intelligibilité de l'Histoire*, Gallimard, Paris, trad. it. *L'intelligibilità della storia. Critica della ragione dialettica*, tomo II, Marinotti, Milano, 2006.
- Sartre, J. P. (1943), *L'Être et le néant*, Gallimard, Paris, trad. it. *L'essere e il nulla*, ilSaggiatore, Milano, 2002.
- Sartre, J. P. (1948), *Qu'est-ce que la littérature ?*, Situations II, Gallimard, Paris.
- Sartre, J. P. (1952) *Saint Genet, comédien et martyr*, in *Œuvres complètes de Jean Genet, I*, Éditions Gallimard, Paris, trad. it. *Santo Genet, commediante e martire*, ilSaggiatore, Milano, 1972.
- Schatzman, M. (1975), *Pazzia e morale*, in *L'altra pazzia*, Feltrinelli, Milano.
- Sini, C. (2008), *La domanda filosofica*, in *Franco Basaglia e la filosofia del '900*, BE-MA, Milano.
- Valéry, P. (1988) *All'inizio era la favola*, E. Franzini (a cura di), Guerini, Milano.
- Walsh, E. e Fahy T. (2002) *Violence in society. Contribution of mental illness is low*, British Medical Journal, vol. 3257.
- Watters, E. (2010), *Crazy like us. The Globalization of the American Psyche*, Free Press, *Pazzi come noi. Depressione, anoressia, stress: malattie occidentali da esportazione*, Mondadori, Milano, 2010.
- Whitaker, R. (2010), *Anatomy of an Epidemic*, Crown Publishing Group, *Indagine su un'epidemia*, Fioriti, Roma, 2010.
- Zavoli, S. (1968), *I giardini di Abele*, Rai.

[\\_http://www.desistituzionalizzazione.trieste.it/letteratura/Letteratura/L\\_istituzione%20inventata%20.doc](http://www.desistituzionalizzazione.trieste.it/letteratura/Letteratura/L_istituzione%20inventata%20.doc)

[\\_http://www.news-forumsalutementale.it/merini](http://www.news-forumsalutementale.it/merini)

[\\_http://www.philadelphia-association.org.uk/Kingsley-Hall.html](http://www.philadelphia-association.org.uk/Kingsley-Hall.html)

[\\_http://www.repubblica.it/online/cultura\\_sienze/centottanta/portante/portante.html](http://www.repubblica.it/online/cultura_sienze/centottanta/portante/portante.html)

[\\_http://www.salute.gov.it/portale/temi/](http://www.salute.gov.it/portale/temi/)

[\\_http://www.triestesalutementale.it/basaglia/uomo\\_e\\_cosa.htm](http://www.triestesalutementale.it/basaglia/uomo_e_cosa.htm)

## **Ringraziamenti**

Ringraziare è la tecnica dell'esser grati.

Ma una ricerca non è mai un cammino solitario, o un'impresa solipsistica e individuale.

Ricerca e scrivere della propria ricerca sottende già come origine e fine la pratica del grazie.

Invero credo non sia tanto importante fare il nome e cognome di ciascuno, quanto sapere e poter dire di aver goduto di occasioni dialettiche floride e vivaci, in uno spazio e in un tempo necessariamente eventuali dell'incontro.

Quel che conta è sapere di aver condiviso delle possibilità di critica della realtà, parlando una verità reale e metaforica al tempo stesso.

*“Che cos’è dunque la verità?  
Un mobile esercito di metafore, metonimie, antropomorfismi,  
in breve una somma di relazioni umane che sono state potenziate poeticamente e retoricamente,  
che sono state trasferite e abbellite  
e che dopo un lungo uso sembrano a un popolo solide, canoniche e vincolanti:  
le verità sono illusioni di cui si è dimenticata la natura illusoria,  
sono metafore che si sono logorate e hanno dimenticato ogni forza sensibile,  
sono monete la cui immagine si è consumata  
e che vengono prese in considerazione soltanto come metallo, non più come monete.  
Sinora noi non sappiamo ove derivi l’impulso verso la verità;  
sinora infatti abbiamo inteso parlare soltanto  
dell’obbligo imposto dalla società per la sua esistenza:  
essere veritieri, cioè servirsi delle metafore usuali.”*

*(F. Nietzsche, La filosofia nell’epoca tragica dei Greci)*