

Franco Basaglia.
CONFERENZE BRASILIANE.
Raffaello Cortina Editore, Milano 2000.

A cura di
Franca Ongaro Basaglia
e Maria Grazia Giannichedda.

INDICE.

Nota (Franca Ongaro Basaglia).

Introduzione (Maria Grazia Giannichedda).

LE CONFERENZE A SAN PAOLO.

Le tecniche psichiatriche come strumento di liberazione o di oppressione.

Il lavoro dell'équipe psichiatrica nella comunità.

Analisi critica dell'istituzione psichiatrica.

L'integrazione della psichiatria nei programmi di salute pubblica.

Salute e lavoro.

Struttura sociale, salute e malattia mentale.

LE CONFERENZE A RIO DE JANEIRO.

Potere e violenza nell'ospedale psichiatrico.

Repressione e malattia mentale.

La scienza e la criminalizzazione del bisogno.

Il potere dello Stato e l'assistenza psichiatrica

LE CONFERENZE A BELO HORIZONTE.

I due viaggi a Belo Horizonte.

Psichiatria e partecipazione popolare.

Alternative nel lavoro in salute mentale.

Psichiatria e politica: il manicomio di Barbacena.

Pubblico e privato in psichiatria.

Postfazione.

I movimenti per la salute mentale in Brasile dagli anni Ottanta (Fernanda Nicácio, Paulo Amarante, Denise Dias Barros).

Bibliografia.

CONFERENZE BRASILIANE.

Franca Ongaro Basaglia, protagonista con Franco Basaglia del movimento di riforma della psichiatria e coautrice dei testi principali, è stata, dal 1983 al 1992, senatrice della Sinistra indipendente.

Maria Grazia Giannichedda, docente di sociologia politica alla facoltà di Scienze politiche

dell'Università di Sassari, è stata a Trieste e a Roma tra i più stretti collaboratori di Basaglia, con cui ha scritto alcuni degli ultimi lavori.

Fernanda Nicácio, terapeuta occupazionale, insegna al Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional della facoltà di Medicina dell'Università di San Paolo.

Paulo Amarante è psichiatra e ricercatore della FIOCRUZ e del Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico.

Denise Dias Barros terapeuta occupazionale insegna al Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional della facoltà di Medicina dell'Università di San Paolo.

NOTA.

Le Conferenze brasiliane che qui si presentano sono la testimonianza di una delle ultime occasioni di riflessione pubblica di Basaglia sul significato complessivo dell'impresa della sua vita, e ripropongono, espressi in una sintesi insieme appassionata e matura, problemi e tematiche ancora vivi, che si sono via via appiattiti in questi anni. In questo senso si riallacciano ai volumi di recente ristampa "Che cos'è la psichiatria?" e "L'istituzione negata", a cura di Franco Basaglia, che rispondono alla necessità, a trent'anni di distanza, di ricostruire e far conoscere alle nuove generazioni come era nato e su quali basi si fondasse il movimento che ha portato alla messa in discussione del manicomio nel nostro paese e ben oltre i suoi confini.

L'attuale edizione include i testi di conferenze, incontri e discussioni che Basaglia tenne a San Paolo e a Rio de Janeiro nel giugno del 1979 e a Belo Horizonte nel novembre dello stesso anno. Vengono pubblicate qui per la prima volta le quattro conferenze di Belo Horizonte, trascritte dalle registrazioni originali recentemente ritrovate da uno degli animatori di quelle giornate, Antonio Soares Simone.

Le conferenze di San Paolo e di Rio de Janeiro, tradotte in portoghese-brasiliano dai nastri registrati, furono pubblicate in Brasile nel dicembre del 1979 col titolo "A psiquiatria alternativa. Contra o pessimismo da razao, o otimismo da prática" (San Paolo, Brasil Debates, a cura di Darcy Antonio Portolese e Gabriel Roberto Figueiredo). Da questo libro fu tratta, nel 1984, la prima edizione italiana delle conferenze brasiliane, pubblicata nella rivista "Fogli di Informazione" (Centro di documentazione di Pistoia) a cura di Domenico De Salvia e Adolfo Rolle (traduzione di Domenico De Salvia, Marcella Cannone e Adolfo Rolle). Questa versione conteneva tutte le conferenze di San Paolo e ometteva alcune parti delle conferenze di Rio de Janeiro.

Per quanto riguarda le conferenze di San Paolo, l'edizione attuale segue integralmente i testi dell'edizione brasiliana del 1979, tradotti da Maria Grazia Giannichedda. Si è inserito, sotto il titolo delle singole conferenze, il luogo in cui sono state tenute. Purtroppo, non per tutte è stato possibile reperire notizie certe.

Oltre alla breve introduzione di Maria Grazia Giannichedda, che ha lavorato per molti anni con Franco a Trieste e nell'ultimo periodo romano, ho ritenuto utile chiedere ai "brasiliani" un testo da cui si potesse leggere ciò che gli incontri con Basaglia avevano provocato o fatto maturare in Brasile. Per conoscere e far conoscere i modi in cui si è concretamente aperta - in quel paese come in tanti altri - la strada verso una diversa comprensione del problema, strada lunga e difficile dato che richiede non di vincere ma di convincere.

Questa edizione delle "Conferenze brasiliane" è stata possibile grazie alla collaborazione di diverse persone che qui ringraziamo: Antonio Soares Simone, innanzitutto, che ha ritrovato le registrazioni originali delle conferenze di Belo Horizonte e le ha messe a disposizione; Giampiero Demori, Chiara Lesti e Paulo Vendihna che hanno lavorato sui nastri di Belo Horizonte, il primo trascrivendo le conferenze di Basaglia e gli altri trascrivendo e traducendo gli interventi dei

brasiliani; Claudia Ehrenfreund che ha collaborato alla traduzione del testo di Nicácio, Amarante e Dias Barros e Letizia Cesarini Sforza che ha collaborato alla revisione dei testi. Ringraziamo infine Pier Aldo Rovatti che era stato un lettore attento delle Conferenze e si è adoperato per questa pubblicazione.

Franca Ongaro Basaglia

INTRODUZIONE.

"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".

FRANCO BASAGLIA, Rio de Janeiro, 28 giugno 1979.

Queste quattordici conferenze, che Franco Basaglia tenne in Brasile a giugno e a novembre del 1979, oggi sono forse il modo migliore per avvicinarsi al suo lavoro e alle sue idee, e per rintracciare, a vent'anni dalla "180", le ragioni e i metodi di chi ha costruito lo spirito di questa legge, che resta tuttora un punto di riferimento internazionale.

E' Basaglia stesso infatti che si presenta, con queste conferenze, di fronte a un pubblico di studenti, professori, medici, psicoterapeuti, sindacalisti animati dalle opportunità che in Brasile si stavano aprendo con l'avvio della transizione democratica e preoccupati per l'enormità dei problemi del paese, spesso divisi, come si intuisce dai dibattiti, tra un radicalismo tutto ideologico e un riformismo sostanzialmente incentrato sui privilegi e la separatezza dell'agire medico. Così Basaglia, mentre parla del suo lavoro, dei suoi passaggi teorici e del primo impatto della riforma apre con i suoi interlocutori un rapporto insieme complice e critico, che fa emergere tanto la sua straordinaria capacità comunicativa, che rende questo testo tra l'altro particolarmente godibile, quanto il suo modo di pensare e di fare politica.

Queste conferenze si sviluppano su temi proposti dalle varie associazioni che a San Paolo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte hanno organizzato i seminari. Basaglia accetta questi temi ma li smonta quasi sempre sin dalle prime parole. Perciò i titoli delle conferenze, che sono quelli originali, quando non vengono esplicitamente smentiti ("il tema è diventato un po' stereotipato" osserva Basaglia decidendo di dare tutt'altra direzione alla conferenza su "potere e violenza nell'ospedale psichiatrico"), costituiscono l'occasione, il punto di partenza per una riflessione che egli sviluppa senza accettare la logica del discorso "tecnico", ma ridefinendo e allargando sempre la portata del tema, ben attento però a non perdere l'ancoraggio alla concretezza, al "motivo per cui siamo qui", alla necessità dell'azione pratica e della politica, che riemerge in continuazione, a volte anche con durezza: "la realtà è che stiamo vivendo qui tra noi un'esperienza di libertà" dice a conclusione del primo ciclo di seminari a San Paolo "ma è lo Juqueri, il grande manicomio, che determina tutto, e non la nostra buona volontà...".

Il contenuto di queste conferenze risulta così in gran parte inatteso, ma non solo perché è assai meno specialistico e disciplinare di quanto ci si potrebbe aspettare dai titoli. E' lo stesso svolgersi del discorso, tra le presentazioni e i dibattiti, che ha una particolarissima tensione interna, e trasmette la sensazione che stia accadendo davvero qualcosa tra Basaglia e i brasiliani e tra i brasiliani fra loro, che si stiano giocando dei rapporti reali, dei quali chi legge può percepire a volte la difficoltà, la distanza, altre volte l'implicazione morale, il clima complice o esplicitamente affettuoso. Basaglia del resto chiarisce diverse volte che non è venuto "per insegnare, per portare un

modello", che ciò che gli interessa è "organizzare qualcosa che vada al di là di queste riunioni, qualcosa che sia come un cemento che può unire in tutto il mondo le persone che vogliono lavorare in modo diverso". Così, ciò che Basaglia racconta, spiega, propone è soprattutto un certo atteggiamento, insieme tecnico, politico ed esistenziale, un certo modo di "essere nel mondo" che egli cerca di mettere in pratica e di stimolare anche qui, attraverso i seminari e le varie attività di contorno a cui si presta e a cui spesso fa cenno nelle conferenze: visite a istituti psichiatrici pubblici e privati e a servizi sanitari di base, interviste ai giornali, incontri con sindacati, associazioni e gruppi di persone.

Tutto ciò rende molto speciali i materiali di questo libro. Si ha come la percezione che il pensiero di Basaglia sia collocato qui nella luce giusta, all'interno di una pratica reale, di un tentativo di incontro con altri "per vedere se insieme possiamo cambiare il nostro ruolo di oppressori", all'interno del tentativo di costruire, da subito, concretamente, "la speranza di vivere in modo diverso". Questo restituisce verità, anche storica, alla parola di Basaglia, il cui lavoro teorico ha avuto sempre un legame strettissimo, diretto, con la pratica e quindi con la politica. Ma soprattutto restituisce forza alla parola, alle parole, che qui riprendono vita, vigore, significato, giudicano le cose, creano realtà, danno di nuovo scandalo.

Forse anche la distanza di vent'anni sottolinea, amplifica questo effetto, nella misura in cui sembra essere venuta meno nella società italiana la capacità, o la percezione della necessità, o forse semplicemente la volontà politica di mettersi di fronte alle questioni che Basaglia pone dal punto di vista etico-politico e scientifico, piani che egli ritiene non separabili perché, come risponde seccamente, nell'ultimo dibattito di luglio a Belo Horizonte, all'allora presidente della Società brasiliana di psichiatria, "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."

Le analisi di Basaglia, e il suo modo di porsi di fronte ai problemi, colpiscono così il lettore di questo libro in modo assai diverso, e forse più profondo, che l'ascoltatore o lettore di vent'anni fa. Oggi, prima ancora di essere d'accordo o no con le conclusioni di Basaglia, si è innanzi tutto costretti a prendere atto che le questioni che egli pone sono via via uscite dalla riflessione collettiva, dalla ricerca, dal discorso politico. Temi come il rapporto tra sapere e istituzione, il nesso follia ed esclusione sociale, il problema della politicità dell'agire del tecnico, dei quali Basaglia dimostra lo spessore etico-politico e la ricaduta sui saperi e sulle pratiche, si percepiscono oggi come "inattuali" in quanto sono usciti, o sono stati espulsi, dalla scena pubblica e dal lessico della politica e non sono stati assunti dalle discipline, dalle culture tecniche, che hanno mantenuto verso le idee di Basaglia gli stessi atteggiamenti di imbarazzo, diffidenza e ostilità che si colgono anche negli interventi di alcuni suoi interlocutori brasiliani.

Eppure, queste parole di Basaglia che entrano nei discorsi e nei silenzi di oggi risultano anche molto vicine, parlano di problemi del tutto presenti e riconoscibili, e anzi colpiscono proprio perché spiegano l'oggi, o aiutano a capirlo, assai più di quanto ci si potrebbe aspettare dati i grandi cambiamenti, nel mondo e nella psichiatria, di questi ultimi vent'anni.

Questo effetto si deve in parte al fatto che Basaglia parla da un passato presente nel quale i segni del cambiamento oggi compiuto erano già visibili, da una fase già "post-manicomiale" potremo dire, di cui Basaglia rintraccia le radici nei riformismi del secondo dopoguerra, guardando all'Europa e all'Italia ma anche agli Stati Uniti. Questo gli consente, per esempio, di evidenziare le due opposte anime politiche che anche in Italia vedremo all'opera nella chiusura dei grandi istituti pubblici di internamento: l'anima "reaganiana" dei tagli alla spesa pubblica e dell'abbandono dei malati, e quella dei diritti di cittadinanza e dell'"offerta di un'alternativa di cura", che qualifica la nuova legge italiana e che per Basaglia è la sola che potrebbe portare davvero "al superamento dei manicomi come distruzione dei meccanismi dell'istituzione". Su questi meccanismi, che continuano ad agire anche quando l'ospedale psichiatrico si è rimpicciolito oppure è uscito di scena, Basaglia punta costantemente l'attenzione. Insiste così sui processi che hanno fatto nascere il manicomio e sulle strutture della vita sociale che riproducono la necessità dell'internamento; sottolinea che "si aprono reazioni, contraddizioni a catena, come nella divisione dell'atomo quando si cerca di rimettere un malato in una situazione che si era riorganizzata senza di lui" ed è dunque necessario che "i tecnici

nuovi siano lì, ad assumersi la responsabilità delle proprie azioni, ad aiutare la comunità a capire ciò che vuole dire la presenza di una persona folle nella società"; ripete che occorre estendere la critica all'ideologia medica nel suo complesso e all'organizzazione sanitaria, dove la psichiatria vorrebbe introdursi per conseguire un incerto statuto di rispettabilità e dove invece essa potrebbe introdurre la ricchezza critica e dirompente del corpo "sociale" del malato.

Questi temi, che sono del resto quelli su cui Basaglia rifletteva e scriveva in quell'anno che sarebbe diventato, quasi all'improvviso, l'ultimo della sua vita, corrispondevano al bisogno di guardare le cose come un po' da lontano, in prospettiva, quasi a fare un bilancio, in un momento molto ricco ma difficile sia per la psichiatria che per la società italiana.

Nel 1979 la legge di riforma psichiatrica ha un anno: a conclusione di alcuni mesi di trattative tra i gruppi parlamentari, le associazioni dei medici e i sindacati, e dopo oltre dieci anni di dibattiti, la legge n. 180 sugli "accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" è stata approvata il 13 maggio del 1978, quattro giorni dopo il ritrovamento del corpo di Aldo Moro in via Caetani. Basaglia, che ha cinquantacinque anni, si prepara a lasciare Trieste, dove ha diretto l'ospedale psichiatrico dalla fine del 1971 per andare a Roma come consulente della regione Lazio. Le reazioni di rigetto della riforma si stanno già manifestando, riemerge "il fascino discreto del manicomio", come Basaglia scrive sul quotidiano "La Repubblica" il 5 settembre 1979, e stanno iniziando in parlamento le prese di distanza sulla "180" come sulla riforma sanitaria approvata alla fine del '78. Basaglia pensa che i partiti che hanno votato la riforma debbano essere ricondotti alle proprie responsabilità e cerca di allargare e chiarire i termini del dibattito. Avvia così, tra i due viaggi in Brasile per queste conferenze, il progetto di intervistare dirigenti politici di spicco sulle ragioni di fondo della "180" e sul governo della riforma. Farà in tempo a intervistare i democristiani Paolo Cabras e Bruno Orsini, il socialista Claudio Signorile e il socialdemocratico Pietro Longo.

Impegnato nel dibattito politico nazionale e nella nuova sfida pratica che non si annuncia agevole (il Lazio concentra più della metà dei letti psichiatrici privati del paese), un po' travolto, come gli accadeva spesso, dalle cose da fare (dirige due importanti progetti di ricerca, uno decennale con l'Organizzazione mondiale della sanità e l'altro con il Centro nazionale delle ricerche, e viaggia moltissimo), Basaglia appare anche attento a non farsi rinchiudere nella dimensione della gestione, del governo dell'esistente, attento a impedire che venga reciso o minimizzato il rapporto con le ragioni più profonde della lotta per la riforma. Non pensa affatto che sia arrivato il momento di abbandonare la critica per "costruire la nuova scienza" e anzi nei saggi e negli interventi di questo periodo, come del resto in queste conferenze, ribadisce spesso il richiamo, all'epoca del tutto impopolare, al rischio che "i tecnici che hanno promosso il cambiamento coprano e rinchiudano in nuove ideologie scientifiche, in saperi specialistici, le contraddizioni che hanno contribuito ad aprire." Anche qui, in queste conferenze che pure si rivolgono a un pubblico che dell'Italia e del suo lavoro sa poco o niente (nessuno dei suoi scritti era stato tradotto in portoghese), Basaglia appare interessato soprattutto a filtrare l'essenziale della sua esperienza, a trasmettere e a riprodurre il suo atteggiamento etico-politico assieme ai contenuti concreti della sua pratica. Per questo lavora più sulle categorie che sulle analisi, usa il racconto, il fatto più come esempio che come cronaca, insiste "sulla logica del cambiamento" più che "sulle tecniche del cambiamento".

Si può restare colpiti dal fatto che un uomo che ha appena conseguito una vittoria politica importante ribadisca, come Basaglia fa in queste conferenze, che è necessario capire le nuove contraddizioni che si aprono "fuori dalla logica della vittoria e della sconfitta", che sottolinei come valore principale la testimonianza, la forza del messaggio pratico, dell'"aver dimostrato che l'impossibile diventa possibile". Questo atteggiamento corrisponde però a dei tratti tipici, originali del pensiero politico di Basaglia, che già venti, trent'anni fa lo rendevano straordinariamente diverso nel panorama degli intellettuali critici che affascinarono i giovani e i movimenti. A Basaglia, che prende il malato di mente come punto di osservazione e metro di giudizio delle società, i due mondi allora divisi dal muro di Berlino appaiono sorprendentemente simili, come dice in queste conferenze specie quando parla a militanti di sinistra. E' convinto che il cambiamento delle strutture sociali non sia affatto sufficiente a mettere fuori gioco i rapporti di oppressione. "Che cosa possiamo dire allora? Tutto è finito, chiudiamo il libro e torniamo a casa?" Basaglia si scontra

ripetutamente, anche in queste conferenze, con "il pessimismo degli intellettuali che pensano che non si può far nulla, che si può solo scrivere libri." A questo pessimismo egli contrappone la volontà politica "ottimista" di immaginare, costruire, testimoniare possibilità nuove, "lavorando nell'ideologia perché ci viviamo immersi" e usando il potere del proprio ruolo sociale, ma cercando di trasformare questo ruolo e i suoi esiti attraverso la trasformazione della pratica, cioè del fare e del modo di essere.

Questo tema è fondamentale per Basaglia. Lo si coglie anche in questi testi nei quali "la necessità che il cambiamento parta da ciascuno di noi", che "da domani la nostra pratica sia diversa" è ribadita fin dall'inizio e acquista, anche perché alcune volte Basaglia si abbandona a parlare di sé e della sua vita, una forza convincente e coinvolgente che può far sottovalutare quanto invece sia stato difficile sostenere questi contenuti, che suscitavano ostilità anche tra chi era ideologicamente orientato al cambiamento, e che disorientavano anche chi poi ne restava affascinato e diventava compagno di strada. Per Basaglia, lavorare al cambiamento sociale significa essenzialmente superare i rapporti di oppressione e "vivere la contraddizione del rapporto con l'altro", accettare la contestazione, dare valenza positiva al conflitto, alla crisi, alla sospensione del giudizio, all'indebolirsi dei ruoli e delle identità. Solo in queste situazioni di contraddizione aperta, "quando il medico accetta la contestazione del malato, quando l'uomo accetta la donna nella sua soggettività", può nascere quello "stato di tensione che crea una vita che non si conosce" e che rappresenta "l'inizio di un mondo nuovo".

Basaglia riesce molto bene in queste conferenze a far capire come sia stato possibile immaginare e costruire, in luoghi concreti del nostro paese e del nostro tempo, condizioni istituzionali, strutture organizzative, processi culturali, forme di lotta in cui era possibile "vivere le contraddizioni" e anzi trasformarle in ricchezza e forza. Di qui il senso positivo di calore, di una finalità comune possibile che questi testi di Basaglia trasmettono, assieme all'accettazione rigorosa di una certa solitudine politica e incertezza esistenziale. Questi sentimenti e convinzioni, insieme alle analisi, alle intuizioni, ai racconti rendono questi testi, come si diceva prima, straordinariamente vicini e capaci di coinvolgere, più che nella memoria, nell'esercizio inattuale di utilizzare le categorie di Basaglia e la sua etica per cercare di capire e di cambiare il pezzo di mondo su cui abbiamo potere e responsabilità.

Maria Grazia Giannichedda

LE CONFERENZE A SAN PAOLO.

LE TECNICHE PSICHIATRICHE COME STRUMENTO DI LIBERAZIONE O DI OPPRESSIONE.

San Paolo, Istituto Sedes Sapientiae
18 giugno 1979.

Ogni volta che parlo in pubblico sui problemi della psichiatria ho l'impressione di sentirmi sempre più timido e confuso. Questa sera sono stato identificato con Moreno (1), e non me ne lamento, perché quella di Moreno è stata una figura importante nella storia della cultura europea fra le due guerre e anche dopo la Seconda guerra mondiale. Ringrazio gli amici che hanno proposto questa identificazione, che io credo sincera, non un messaggio dai meandri dell'inconscio...

Bene, questa sera devo parlare della psichiatria come tecnica, come strumento di liberazione o di oppressione, tema che mi è stato dato dagli amici dell'organizzazione.

E' difficile stabilire questa differenza, questa divisione bizantina fra libertà e oppressione, ed è difficile dire se la psichiatria sia di per sé strumento di liberazione o di oppressione.

Tendenzialmente la psichiatria è sempre oppressiva, è un modo di porsi del controllo sociale, ma è da questo punto di vista che la questione diventa più complessa.

Se partiamo dall'origine della psichiatria, nata come elemento di liberazione dell'uomo, dobbiamo ricordare Pinel (2), che liberò i folli dalle prigioni ma purtroppo, dopo averli liberati, li rinchiuse in un'altra prigione che si chiama manicomio. Cominciano così il calvario del folle e la grande fortuna dello psichiatra. Dopo Pinel, se esaminiamo la storia della psichiatria, vediamo emergere nomi di grandi psichiatri; ma del malato di mente esistono solo denominazioni, etichette: isteria, schizofrenia, mania, astenia eccetera. La storia della psichiatria è storia degli psichiatri, non storia dei malati.

Fin dal Settecento questo tipo di relazione ha legato indissolubilmente il malato al suo medico, creando una condizione di dipendenza dalla quale il malato non è mai riuscito a liberarsi. Direi che la psichiatria non è mai stata altro che una brutta copia della medicina, una copia nella quale il malato appare sempre totalmente dipendente dal medico che lo cura: importante è che il malato non sia mai in una posizione critica nei confronti del medico.

Quando il popolo, nel secolo scorso, cominciò a ribellarsi all'autorità dello Stato, si capì che voleva una parte nella gestione del potere, e soprattutto che il popolo non era un animale che poteva essere dominato facilmente. Così emerse nettamente, nel secolo scorso, l'esistenza di due classi: la classe dei lavoratori, che non vuole più essere dominata e vuol essere partecipe del potere, e la classe dominante, che vuole continuare a dominare senza cedere spazio a chi vuole spartire il suo potere. La storia è chiara: sono più di cento anni di lotte, di sangue, di guerre civili. La classe lavoratrice ha conquistato uno spazio di rilievo nei nostri paesi. Penso che sia fondamentale che il medico e lo psichiatra che curano i malati sappiano queste cose.

Il medico che assiste una comunità deve infatti sapere che in questa sono presenti come minimo due classi, una che vuole dominare e l'altra che non vuole lasciarsi dominare. Quando lo psichiatra entra in manicomio incontra una società ben definita: da un lato i "folli poveri" (3), dall'altro i ricchi, la classe dominante che dispone dei mezzi per il trattamento dei poveri folli. Sotto questa angolatura, come possiamo pensare che la psichiatria possa essere liberatrice? Lo psichiatra sarà sempre in una posizione di privilegio, di dominio nei confronti del malato. Anche questo fa parte di ciò che la storia della psichiatria fa capire. Essa è storia dei potenti, dei medici, e mai dei malati. Da questo punto di vista, la psichiatria è fin dalla nascita una tecnica altamente repressiva, che lo Stato ha sempre usato per opprimere i malati poveri, cioè la classe lavoratrice che non produce.

Tuttavia, qualcosa di nuovo è accaduto in questa seconda metà del secolo, qualcosa di speciale che ha dato alla scienza in generale, e in particolare ad alcuni aspetti della medicina e della psichiatria, elementi di liberazione e non solo di oppressione.

Dopo la Seconda guerra mondiale il popolo e alcuni tecnici hanno cominciato a mettere in discussione le istituzioni dello Stato. Negli anni Sessanta abbiamo visto, come in una grande fiammata, la gioventù del mondo intero ribellarsi. In questa rivolta noi tecnici della repressione psichiatrica eravamo presenti e abbiamo dato il nostro appoggio a questa ribellione. Poi, mentre la rivolta del Sessantotto si perdeva in varie direzioni e veniva recuperata in una sorta di nuova oppressione e restaurazione, c'è stata una serie di situazioni abbastanza interessanti che hanno legato le lotte nelle istituzioni alle lotte dei lavoratori.

I grandi movimenti di questi ultimi vent'anni sono stati la rivolta degli studenti, i grandi scioperi operai che hanno preso in mano alcune delle 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. Ci sono state illusioni, ma anche una serie di certezze. Abbiamo visto, per esempio, che quando il movimento operaio prende nelle sue mani lotte rivendicative, di liberazione, antistituzionali, questa illusione diventa realtà. 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 tecnici 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. Questa è una fase molto importante, poiché è la fase che stiamo vivendo, ed è una sfida a ciò che siamo, al rapporto tra la nostra vita privata e la nostra vita come uomini pubblici e politici.

Quando il malato chiede al medico spiegazioni sulla sua cura, e il medico non sa o non vuole rispondere, o quando il medico pretende che il malato se ne stia a letto, è evidente il carattere oppressivo della medicina. Quando invece il medico accetta la contestazione, quando accetta di essere il polo di una dialettica, allora la medicina e la psichiatria diventano strumenti di liberazione. Anche per quanto riguarda la questione del movimento femminista, vediamo che nella relazione uomo-donna, quando l'uomo accetta la donna come elemento non passivo ma attivo, quando la accetta nella sua soggettività, allora i due poli del rapporto indicano l'inizio di un rapporto dialettico, l'inizio di un mondo nuovo.

E' su questa questione che dobbiamo scegliere la nostra strada: se preferiamo rimanere nell'oscurità, o vogliamo essere presenti al nostro tempo e cambiare in pratica la nostra vita. Vi ringrazio e penso che possiamo iniziare il dibattito.

DOMANDA: In relazione con quanto Basaglia ha detto, come si spiega l'assenza di donne al tavolo del dibattito?

RISPOSTA: In questo tavolo c'è una donna ma in un ruolo di inferiorità, perché tradurre non è un ruolo attivo ma passivo. Ma questo non è colpa mia... Io ho tentato di mettere in discussione me e tutti i presenti. Adesso, vorrei invitare la signora o signorina a intervenire. Lei vuole essere presente con la sua soggettività e la sua protesta. Bene, quando ci troveremo uno di fronte all'altra saremo in condizione di cominciare un dialogo. Se lei volesse sedersi qui con noi e intervenire...

D: Nella psicoterapia non esiste forse oppressione del terapeuta verso il paziente?

R: Penso che, indipendentemente dal problema della relazione medico-paziente, dalla rivolta dell'oppresso contro chi lo domina nasca un legame che prima non esisteva. Io non sono uno psicoterapeuta ma penso che la psicoterapia, per essere funzionale, necessiti continuamente di uno stato di tensione del terapeuta come del paziente. Non voglio entrare nel problema della psicoterapia, perché dovrei essere molto critico, e questo non mi sembra il momento. Penso del resto che, se non c'è tensione, nella relazione non c'è vita. Per esempio, abbiamo parlato di Moreno: penso che egli sia stato un grande manipolatore, ma è stato anche una figura importante perché ha stimolato molte contraddizioni, in parte soffocate probabilmente proprio da quella codificazione tecnica che io chiamo manipolatoria. Moreno, secondo me, era come un fuoco d'artificio che continuava a produrre contraddizioni. Di Moreno sono state importanti non tanto le tecniche che ha prodotto quanto le contraddizioni che ha aperto. E' più complicato parlare di Freud, ma possiamo dire che, frequentemente, le persone che hanno un significato nella storia dell'uomo sono quelle che determinano le tensioni nelle contraddizioni, le aperture. Io penso che l'umanità sia sempre stata divisa in due parti: gli inventori e i narratori. I narratori non fanno altro che studiare le tecniche di chi ha inventato le leggi delle contraddizioni. Probabilmente sono entrambi necessari, però l'importante è che entrino realmente in contraddizione. Questa almeno è la speranza...

D: Ci parli un po' di più del suo ospedale a Trieste e della sua esperienza a Gorizia.

R: Vi ringrazio molto di avermi fatto questa domanda. Io parlo sempre di questo, ma dopo, perché sono abbastanza schivo quando si tratta di ciò che mi riguarda direttamente.

Direi che Gorizia, Trieste e tutta la diaspora che si è verificata in Italia sono legate alla storia politica italiana dopo la Seconda guerra mondiale. So che ho già accennato a questo, e scusate se mi

ripeto, ma non si può inventare una storia diversa...

Dopo la Seconda guerra mondiale l'Italia era ancora un paese contadino a livello economico e culturale. Negli anni Cinquanta cominciò un processo di cambiamento determinato dall'avvio della società industriale e, conseguentemente, da una classe operaia sempre più forte. Cominciarono così le lotte sindacali per un cambiamento nell'organizzazione dello Stato. In quegli anni iniziammo il lavoro a Gorizia, una piccola città alla frontiera con la Jugoslavia.

A Gorizia c'era un ospedale di cinquecento letti diretto in maniera del tutto tradizionale, dove erano usuali elettroshock e insulina, un ospedale dominato in primo luogo dalla miseria, la stessa che incontriamo in tutti i manicomi. Nel momento in cui vi entrammo dicemmo no, un no alla psichiatria, ma soprattutto un no alla miseria.

Vedemmo che, dal momento in cui davamo risposte alla povertà dell'internato, questi cambiava posizione totalmente, diventava non più un folle ma un uomo con il quale potevamo entrare in relazione. Avevamo già capito che 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. Per esempio, io ricordo che dopo che aprimmo i padiglioni di Gorizia, nel 1963-1964, tutti ci aspettavamo di vedere cose terribili. Cosa mai poteva accadere? Non accadde nulla. Fu perfino triste, perché eravamo pronti, pronti a chissà cosa...

Avevamo visto che, in riunioni come questa che stiamo facendo ora, le persone si comportavano correttamente, chiedevano cose molto giuste, volevano cibo migliore, possibilità di relazioni uomo-donna, tempo libero, libertà di uscire eccetera, cose che uno psichiatra nemmeno immagina che il malato possa chiedere (4). Sarebbe lo stesso che, in una società fondata sul puritanesimo, una figlia chiedesse al padre di uscire di notte. Sarebbe una cosa terribile per il padre: come potrà sapere quando sua figlia farà ritorno a casa? Succede lo stesso con il malato mentale, perché lo psichiatra ha sempre confuso l'internamento del malato con la propria libertà. Quando il malato è internato, il medico è in libertà; quando l'internato è in libertà, l'internato è il medico. Il medico non accetta questa situazione di parità per cui o il malato viene rinchiuso o è il medico a esserlo...

Così, quando noi cominciammo a organizzare qualcosa di tendenzialmente egualitario, vedemmo, per esempio, che un uomo incontrava una donna e non succedeva alcuna violenza. Si innamoravano. Naturalmente, dopo potevano avere una relazione sessuale, ma questo succede nelle migliori famiglie, e perché non nel manicomio liberato? Qui accadevano molte cose e questo era uno scandalo. Cominciammo a divulgare queste cose per mostrare che era possibile gestire il manicomio in modo diverso. Tutto questo ci portò anche a una riflessione politica: gli internati appartenevano alle classi oppresse e l'ospedale era un mezzo di controllo sociale.

Organizzammo a Gorizia una comunità con l'obiettivo di curare e di mostrare come era possibile una vita diversa. La cosa sorprendente fu che molti giovani, molta gente veniva da noi e percepiva che la vita dentro quella comunità era migliore di quella fuori. Il punto è che dentro quella comunità l'egoismo che domina la nostra vita era affrontato diversamente: la mia sofferenza era la sofferenza dell'altro. Cominciammo con questo tipo di logica.

Questo succedeva a Gorizia. Successivamente, la maggioranza delle persone che avevano lavorato a Gorizia andarono a dirigere altre istituzioni psichiatriche, e così cominciarono a formarsi quattro, cinque, sei esperienze differenti. Ma tutti noi che avevamo fatto questo lavoro sapevamo che il manicomio, anche diretto in modo alternativo, era sempre una forma di controllo sociale perché la gestione non poteva che restare nelle mani del medico, e la mano del medico è la mano del potere.

Così, quando nel 1971 abbiamo iniziato a lavorare a Trieste, abbiamo proseguito l'esperienza di Gorizia avendo in mente fin dall'inizio la prospettiva di eliminare il manicomio e di sostituirlo con un'organizzazione molto più agile, per poter affrontare la malattia dove essa si produceva, dove nasceva. Cominciammo da un manicomio di 1200 persone e oggi, dopo otto anni di lavoro, non c'è quasi più nessuno in questa struttura. Non pensate che li abbiamo uccisi... Il fatto è che queste persone hanno tentato la reintegrazione sociale insieme con noi, con la società, con la comunità.

Potremmo dire che siamo persone che trasformano in oro quello che toccano, ma nella realtà il

nostro lavoro è stato molto semplice. Come dicevo prima, la nostra scoperta nell'esperienza di Gorizia era stata che la classe lavoratrice era destinata al manicomio in caso di malattia. Pensammo allora che questa classe dovesse avere responsabilità, potere nella gestione del problema della salute e che questo potesse cambiare le cose.

Abbiamo cominciato, per esempio, discutendo quando si poteva dimettere un paziente. La discussione non era più solo tra noi, i medici, ma con le persone del quartiere dove il malato sarebbe andato ad abitare. Così il cittadino del quartiere si rendeva conto che le necessità del paziente non erano diverse dalle sue. Quando c'era il problema di dimettere una persona povera, che non aveva denaro, né casa né famiglia, in molti percepivano che erano o che avrebbero potuto essere nelle stesse condizioni. Cominciava così l'identificazione tra il sano e il malato, e l'inizio dell'integrazione del malato. Allora, giorno dopo giorno, anno dopo anno, passo dopo passo, disperatamente, trovavamo la maniera di portare chi stava dentro fuori e chi stava fuori dentro. Così, a mano a mano che il numero degli internati diminuiva cominciavamo a creare in città i centri di salute mentale. Avevamo una struttura esterna molto agile, nella quale era affrontata la malattia fuori dal manicomio. Vedevamo che i problemi riferiti alla pericolosità del malato cominciavano a diminuire: cominciavamo ad avere di fronte a noi non più una "malattia" ma una "crisi".

Noi oggi mettiamo in evidenza che ogni situazione che ci viene portata è una "crisi vitale" e non una "schizofrenia", ovvero una situazione istituzionalizzata, una diagnosi. Allora noi vedevamo che quella "schizofrenia" era espressione di una crisi, esistenziale, sociale, familiare, non importa, era comunque una "crisi". Una cosa è considerare il problema una crisi e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto mentre la crisi è una soggettività, soggettività che pone in crisi il medico, creando quella tensione di cui abbiamo parlato prima.

Ho parlato in modo molto generale del cammino che abbiamo dovuto fare per cercare di eliminare l'ospedale psichiatrico e creare una situazione tendenzialmente terapeutica. Non posso dire che tendenzialmente terapeutica, perché non può essere pienamente terapeutica: io tento di curare una persona, ma non sono certo se la curo o no. E' la stessa cosa quando dico che amo una donna. E' molto facile dire questo, persino falso... E' falso perché l'uomo tende a un tipo di relazione e la donna a un altro. Quando si crea una relazione, questa non è più che una crisi, una crisi in cui c'è vita se non c'è dominio, dell'uomo sulla donna o della donna sull'uomo. Allora, in questa situazione che è tendenzialmente di amore, si può creare una relazione molto libera...

D: All'interno dell'ospedale dove voi siete arrivati nel 1963-1964 c'erano persone che prima dell'internamento mantenevano relazioni con istituzioni dello Stato, con una famiglia e con altre istituzioni della società, che forse potevano aver provocato l'internamento. Cosa è accaduto quando queste persone, trasformate da ciò che era successo nell'ospedale, sono tornate nella società incontrando la medesima famiglia e le medesime istituzioni?

R: Mi pare molto corretta la domanda, perché la ragione per la quale molte di queste persone erano dovute andare in ospedale, tanto tempo prima, era stata una conseguenza dell'insopportabilità della vita sociale. Il manicomio non faceva altro che catturare queste persone indesiderabili e contenerle nell'istituzione, in una specie di morte civile. Questa è ancora la terapia dei manicomi.

Certo, quando entriamo in manicomio e lo apriamo si presentano le stesse contraddizioni di quando era chiuso. Credo che in fondo la terapia più importante sia che questi internati, repressi dal manicomio, possano prendere coscienza della loro repressione. Ma è anche molto importante la situazione in cui le famiglie, entrando in manicomio, cominciano a prendere contatto con i familiari ricoverati.

Quando un internato esce e ritorna alla vita sociale, si crea una nuova contraddizione che tende a riportarlo nuovamente in manicomio. In questo momento è importante che possa nascere nella comunità una presa di coscienza, ed è anche importante che io come tecnico nuovo non stia dalla parte della classe dirigente ma sia direttamente legato alla classe che soffre queste contraddizioni. E' importante che io entri direttamente nel tessuto sociale per creare i presupposti di un consenso finalizzato, non tanto a una maggiore tolleranza, quanto a una presa di responsabilità, a una presa in

carico da parte della comunità di problemi che le appartengono. Certamente la persona che prende coscienza della causa del suo internamento avrà la possibilità di una nuova integrazione sociale, ma non penso che l'internato in manicomio debba essere un rivoluzionario: è semplicemente una persona che cerca di esprimere la propria soggettività nella società. D'altronde, siccome i tecnici offrono risposte che servono a se stessi e mai ai malati, è evidente che nel momento in cui il malato prende coscienza di sé, diventa un malato difficile, non è più quel malato docile di prima. Nell'Ottocento i grandi clinici dividevano i malati in malati buoni e malati cattivi. I malati cattivi erano quelli che non volevano guarire... (5).

D: Penso che Basaglia non abbia parlato della resistenza opposta dal governo e dalla classe dominante alla perdita del potere burocratico ed economico. Questo potere tratta il malato mentale come merce e necessariamente poggia sul mantenimento dell'istituzione manicomiale.

R: Non ho parlato degli aspetti "sporchi" della situazione perché il manicomio è tanto sporco che quando si tenta di eliminarlo viene fuori qualcosa che comunque è più pulito. Ma se dovessi raccontare tutte le contrapposizioni che abbiamo incontrato nel nostro lavoro, rischierei di coprirmi di eroismo, e non mi piace.

Abbiamo incontrato tutti gli ostacoli possibili e immaginabili. Abbiamo subito la repressione giudiziaria e così come oggi sono salito su questo palco, quindici anni fa sono salito sul banco degli imputati. Sono passato attraverso vari processi e molte volte sono stato rinviato a giudizio (6), ma mi hanno sempre assolto. Perché? Perché sono un tecnico. In Italia diciamo: "cane non mangia cane". Voglio dire però che la nostra tecnica di reazione al potere non è stata una novità, è stata la vecchia tecnica di "infiltrare gli infiltrati", cioè di usare sostanzialmente le stesse armi del potere e cercare quegli spazi di libertà che permettono di affrontare le contraddizioni senza eliminarle. Vi sono state manovre di tutti i tipi per impedire la nostra azione. Ma che cosa è accaduto a lungo andare in Italia, quando i movimenti operai e i sindacati hanno preso in mano la nostra lotta? Siamo giunti al punto in cui la nostra azione è diventata legge dello Stato. Oggi in Italia c'è una legge che proibisce la costruzione dei manicomi e stabilisce l'eliminazione nel tempo di quelli esistenti. Questa è stata una grande vittoria della classe operaia, che ha forzato il parlamento a votare una legge che porta la problematica sociale all'interno della medicina.

D: Vorrei che Basaglia dicesse qualcosa riguardo alle difficoltà incontrate nel far sì che la società guardasse al malato mentale in modo nuovo. Come la società ha smesso di stigmatizzarlo?

R: Questa domanda pone un problema molto importante. Quando abbiamo iniziato il nostro lavoro di trasformazione, in realtà abbiamo violentato la società, l'abbiamo obbligata ad accettare il folle, e questo ha creato grandi problemi che prima non esistevano. Ma la cosa più importante è che nel momento in cui violentavamo la società eravamo lì presenti per prenderci le conseguenze di questa violenza, eravamo lì per assumerci, come tecnici nuovi, la responsabilità delle nostre azioni, per aiutare la comunità a capire ciò che voleva dire la presenza di una persona folle nella società.

Posso darvi mille esempi. Uno riguarda il modo in cui abbiamo tentato di cambiare la cultura sul folle. Penso all'esempio di uno dei centri di salute mentale, un centro che si trova nella zona industriale della città dove è situata tra l'altro una fabbrica importante. In questo centro sono stati coinvolti fin dall'inizio sia gli abitanti del quartiere che i lavoratori della fabbrica. Allora, nel momento in cui gli abitanti di questa periferia e gli operai cominciavano a partecipare con noi alla vita del centro, capivano ciò che stava accadendo, e il preconcetto contro il folle scompariva o diminuiva. Sono importanti queste cose per una presa di coscienza.

Ma nella stessa città dove lavoriamo non tutti sono d'accordo con noi. Abbiamo ancora molti nemici e ci sono anche molte persone che pensano che il malato dovrebbe stare in manicomio. Il problema è che, giorno per giorno, dobbiamo trovare argomenti per convincere le persone. Io credo che, di fronte a una persona totalmente estranea al problema, se davvero vogliamo cambiare la cultura, noi non dobbiamo vincere bensì convincere. I fascisti vincono perché hanno in mano il potere, ma non

riescono a convincere.

D: Vorrei che parlasse un po' delle differenti figure professionali dell'équipe con cui ha sviluppato questa esperienza. Come ha affrontato la lotta per il potere all'interno di questa équipe?

R: Questa è stata davvero una follia... Prima esisteva solo lo psichiatra, era solo, dominava la scena e non c'era mai chi contestasse il suo potere. Ma la creazione di una nuova cultura porta lo psicologo, l'assistente sociale, il terapeuta occupazionale eccetera, e così alle diagnosi dello psichiatra si aggiungono quelle di tutte queste altre figure professionali. Per me, che si parli di psicologo o di schizofrenico, di maniaco o di psichiatra non fa differenza: sono tante le etichette all'interno di un manicomio che non si sa più chi sia il sano o il malato...

Io credo che una delle fortune del nostro lavoro sia stata il fatto che la nostra unione non nasceva dal di fuori, dalla professionalità, dalla "tecnicizzazione", ma dalla finalità politica che univa tutti. Essere psicologo, psichiatra, terapeuta occupazionale, o anche essere internato era la stessa cosa perché, quando ci trovavamo in assemblea a discutere, tutti cercavano di dare il proprio contributo al cambiamento. Abbiamo capito, per esempio, che un folle era molto più terapeuta di uno psichiatra... Ma allora anche lo psicologo e l'assistente sociale vengono messi in discussione...

Anche per noi è importante scoprire perché stiamo insieme questa sera. Credo che molti di voi siano venuti qui per vedermi e per parlare con me, ma credo che il mio valore, in questo momento, sia quello di essere il detonatore di una situazione. Vedo qui molti tecnici che sono d'accordo con ciò che dico, ed evidentemente sono persone che vogliono discutere e capire meglio il significato di ciò su cui si interrogano. Naturalmente, c'è il gioco delle parti. La nuova équipe psichiatrica o di salute mentale può avere situazioni di difficoltà quando non c'è una finalità politica comune, quando le persone sono guidate solamente dal salario che ricevono ogni fine mese. Il salario è molto importante, senza dubbio, ma il denaro ha un significato, e nel momento in cui si comprende questo significato, il significato politico del denaro, io scopro che attraverso il denaro, il potere, si possono fare molte cose. La lotta all'interno dell'équipe può diventare una lotta per la sua emancipazione, e non per la sua distruzione.

D: Qual è stata la reazione popolare?

R: La reazione popolare può essere tutto o niente. La reazione di una comunità dipende da ciò che ho detto prima: una comunità è fatta di due classi, io posso vedere la reazione popolare osservando la reazione all'interno delle organizzazioni politiche popolari. Perché è molto facile attraverso un comizio o un discorso pubblico manipolare le persone, mentre è difficile avere delle persone che sostengono davvero tale tipo di lavoro. Per questo noi abbiamo chiesto l'appoggio delle forze popolari organizzate. Io penso che sia più importante ottenere il sostegno dei sindacati che non quello di un grande oratore popolare, che oggi può essere seguito e domani abbandonato.

D: Nella ricerca di una psichiatria democratica, come comportarsi, nella comunità, con le personalità psicopatiche?

R: Non so se chi ha fatto questa domanda sia un tecnico o no, e se conosce la definizione di personalità psicopatica. Chi diede questa definizione, molti anni fa, fu uno psichiatra tedesco di nome Kurt Schneider (7), e la sua definizione era più o meno questa: le personalità psicopatiche sono quelle che soffrono e fanno soffrire gli altri. Non so chi tra di noi non soffre o non faccia soffrire gli altri... Rispondendo alla sua domanda, non penso che una psichiatria democratica possa dare una risposta al problema della personalità psicopatica, soprattutto perché gli psichiatri democratici non sono onnipotenti. Io potrei modificare la domanda in questo modo: coloro che fanno parte della psichiatria democratica come rispondono ai problemi di crisi che emergono da una società in trasformazione? Penso che un gruppo di operatori possa dare una risposta coerente quando riesce a restare legato alle strutture del luogo in cui vive, quando nella pratica, come dicevo

prima, ha una finalità comune con la persona che soffre. Non vedo possibile altro tipo di aiuto per la persona che soffre.

D: Sembra che nel circolo vizioso - dalla repressione alla malattia, dalla malattia all'ospedale, dall'ospedale alla terapia, dalla terapia al reinserimento sociale, dal reinserimento sociale alla repressione e così via - la soluzione non potrà essere data che da un cambiamento del sistema, in caso contrario il circolo si perpetua, senza che vi sia una rottura dialettica.

R: La domanda è chiara ma non è affatto dialettica. Certamente una persona internata in manicomio, una volta uscita incontra la stessa situazione sociale di prima. Ma la società non può essere cambiata da un giorno all'altro. E' la storia dell'uomo, la storia di quest'ultimo secolo. Abbiamo visto una rivoluzione importante, la Rivoluzione d'ottobre, che doveva cambiare il mondo. Dopo questa rivoluzione ci sono stati altri cambiamenti che hanno trasformato le condizioni di alcuni popoli. In questo secolo, dopo la Rivoluzione russa, c'è stata la Rivoluzione cinese e poi anche Cuba ha cambiato la sua struttura sociale. E ogni volta noi abbiamo sperato che la situazione di questi paesi cambiasse. Bene, abbiamo avuto molte delusioni, però in quei paesi c'erano persone che morivano di fame e adesso non muoiono più. Ci sono stati buoni risultati, ma l'uomo in questi paesi non può esprimersi o è limitato nella sua espressione. Parliamo dei manicomi e della repressione nei nostri paesi e sappiamo che nei paesi socialisti esistono i gulag, ci sono persone repressi in senso manicomiale, manicomi terribili e persone che non possono esprimere il loro dissenso. Che cosa possiamo dire? Tutto è finito, chiudiamo il libro e torniamo a casa? No, io penso che, se noi siamo dei buoni militanti, dobbiamo approfondire la logica di questa falsa dialettica, e se non facciamo questa operazione spereremo sempre in qualcosa che non arriverà mai.

Quando il nostro compagno osserva che si deve cambiare la società, io sono d'accordo. Non credo che una persona malata possa vivere in questa società perché questa società la uccide. E' chiaro che il nostro compito è cambiare la società, perché vogliamo vivere e vogliamo che il malato viva. Tuttavia non possiamo restare nell'illusione che, una volta cambiata la società, noi potremo vivere meglio di quanto viviamo oggi. Certamente vivremo meglio, ma ci sarà sempre una contraddizione fra quello che siamo e quello che vorremmo essere, fra quella che è la nostra "oggettività" e quella che è la nostra "soggettività". L'uomo è sempre sconfitto a questo livello: non ottiene mai di esprimere ciò che vuole. La sfida del mondo e la sfida dell'uomo è sempre stata quella di poter trovare una maniera di esprimersi. Il mondo non ha solo duemila anni, ne ha molti di più. A mio avviso, dall'epoca in cui l'uomo viveva nelle caverne sono stati fatti grandi progressi. La cosa più importante è che rimanga sempre questa "radicalità" che è l'unica variabile per cui l'uomo migliora sempre. Se non avessimo questa visione, questa immaginazione di futuro, sarebbe meglio suicidarci tutti. Questa sarebbe la logica conseguenza del "pessimismo della ragione" che la domanda che mi è stata fatta al fondo esprime, e senza dubbio è vero tutto quello che dice, non manca una virgola. Ma penso che se qualcuno realizza qualcosa è nella pratica che lo fa. Allora io pongo l'alternativa seguente: dal pessimismo della ragione all'ottimismo della pratica. E' solamente così che possiamo cambiare il mondo, altrimenti rimarremo sempre schiavi dei dittatori, dei militari e dei medici.

D: La sua lotta si è sviluppata all'interno delle contraddizioni capitalistiche. La sua cura è legata alla lotta per la liberazione del lavoro. Come spiegare la necessità della continuità di questa lotta nelle società che hanno risolto tale questione fondamentale? Come e quando si può migliorare questa lotta con la proposta politica della rivoluzione culturale permanente all'interno della società socialista?

R: Io domando: qual è la società che ha risolto questo problema? Io non ne conosco nessuna. Chi mi fa questa domanda crede che in qualche posto del mondo esista questa società tanto felice? Io penso che il problema della follia stia all'interno del problema dell'organizzazione del lavoro; certo, se risolvessimo questo problema potremmo affrontarne molti altri...

Penso che dobbiamo trovare, e in questo sono d'accordo con la domanda, non solamente la pratica

ma anche una teoria per proseguire la nostra lotta. A dire il vero, noi non abbiamo ancora le idee molto chiare su questo punto. Il capitalismo domina tuttora la scena e ci mette in una condizione molto difficile per quanto riguarda i problemi teorici della nostra lotta. Io credo nel trionfo del socialismo, ma non so quando verrà. Penso che oggi il buon marxista si pone il problema della pratica marxista, che assume come priorità la soggettività nella lotta quotidiana, in mezzo alle contraddizioni del capitale. Io penso che oggi questo debba essere il compito. Per esempio, se tutti gli operatori qui presenti cominciassero a fare un lavoro di trasformazione istituzionale, indipendentemente dal loro potere, sarebbe già un grande passo verso la conquista del socialismo. Mentre invece se molti di noi, domani, dopo questa riunione, riprendessero il proprio lavoro nelle istituzioni psichiatriche come se nulla fosse accaduto, penso che il capitalismo vincerebbe sempre.

D: E' possibile una ristrutturazione dell'ospedale psichiatrico in Brasile, tenendo conto che la nostra organizzazione popolare è ancora agli inizi?

R: Oggi parlavo di questo con uno studente. Non sono venuto qui per dare soluzioni imperialiste; non sono venuto a portare una ricetta europea per i problemi brasiliani. Credo che debbano essere i brasiliani a trovare le soluzioni ai loro problemi. So che non è facile, dal momento che c'è il problema di una classe operaia in via di organizzazione. Ma si può già fare qualcosa a partire dai tecnici, dalla stessa classe medica che è qui tra noi, e che pure è molto reazionaria, tuttora legata a principi medici yankee e alle decadenti tecniche europee. Questo non risolverà il problema, ma metterà alla prova quelli di voi che vogliono essere i tecnici di un nuovo Brasile.

D: Nella relazione medico-paziente, non ci sarà sempre un soggetto dominato e un altro dominatore?

R: Mi dispiace molto che sia andata via la ragazza che ha fatto la prima domanda e che certamente appartiene al movimento femminista. Sarebbe importante che questo tema fosse trattato in relazione al rapporto uomo-donna. In quanto uomo, penso di essere maschilista. Penso che non esiste l'uomo di buona volontà perché, davanti a una situazione pratica, ogni uomo reagisce nella maniera più reazionaria possibile. Certo, se pongo il problema in questo modo posso essere contestato, e anche annullare tutto ciò che ho detto finora. Posso dire che un medico e uno psichiatra sono sempre un medico e uno psichiatra, non possono cambiare e che non ci sono né medici né psichiatri democratici. E' stato però dimostrato che ci può essere una relazione diversa fra il "curato" e "colui che lo sta curando", così come può esistere una relazione diversa fra uomo e donna, fra marito e moglie. Se così non fosse, sarebbe molto triste.

Per esempio, quando qualcosa mi tocca io tendo a sfuggire il problema, perché è molto più facile convivere con il preconcetto che con la libertà. Perché, quando io sostengo una relazione di uguaglianza con la mia donna, questo stato di tensione crea una vita che io non conosco. E vivere senza identità è terribile, principalmente per il maschio. Ovviamente, queste considerazioni non possono essere giustificative, ma sono un'analisi del problema. Personalmente spero di poter vivere le cose diversamente, di poter vivere cioè le contraddizioni nella relazione con la donna.

D: La scelta della parità sessuale nel manicomio aperto non potrebbe essere motivo di disordine e confusione?

R: Lei ha posto un problema che finora ho tentato di affrontare indirettamente. Diciamo che, quando si apre un manicomio, il problema del sesso, che sembra un problema enorme, scompare. Perché il problema del sesso, in una comunità che si apre, diventa un problema di tutti. In un ospedale chiuso, invece, il problema del sesso è l'omosessualità, che non è praticata per scelta ma è prodotta da una necessità. Lei parla di scelta disordinata, di problema sessuale-affettivo confuso: vorrei vedere quante sono le persone normali che fanno scelte sessuali confuse... E il risultato di questa scelta può essere un bambino. Queste persone normali si ritrovano genitori e il bambino è

obbligato a essere figlio di due persone confuse. Nel manicomio le persone non hanno identità, non hanno nome, sono abituate a non assumersi responsabilità. In questo caso il bambino sarà figlio di nessuno, il che è lo stesso che può succedere anche ad altri, per i quali la situazione può diventare ancora peggiore: la madre per esempio potrà trovarsi in una situazione nevrotizzante e diventare cliente di uno psichiatra...

D: Io lavoro in una istituzione chiusa, dove sono molto comuni i problemi di ordine sessuale. Come potrei risolverli?

R: Nel manicomio chiuso non può esservi soluzione. Quando l'ospedale si apre, il problema del sesso diventa il problema affettivo di due persone che si amano, come succede dovunque. La repressione produce una deviazione del sesso. Non penso che ci possa essere una soluzione per il problema sessuale all'interno di un'istituzione chiusa. In Italia, quando vi erano istituzioni chiuse, gli infermieri accompagnavano alcuni malati ad avere relazioni sessuali con prostitute. Questo era terribile, perché una persona oppressa andava a opprimere un'altra persona non meno oppressa. Non vedo alcuna possibilità di risolvere il problema. Lo stesso accade in una famiglia molto chiusa. Tutti conosciamo la ribellione dei figli a proposito della vita sessuale, e il risultato è drammatico: i figli possono avere una evoluzione sessuale molto ritardata e nevrotica. In conclusione, non vi sono soluzioni in un'istituzione chiusa.

D: E che cosa si può fare fino a che l'istituzione non si apre?

R: Aprire l'istituzione!

NOTE.

(1). Jacob Levy Moreno, psicologo originario della Romania, sviluppa a partire dagli anni Trenta, prima a Vienna e poi negli Stati Uniti, un insieme di tecniche di terapia di gruppo e di gestione dei gruppi: il cosiddetto "teatro terapeutico", il sociodramma, lo psicodramma. Queste tecniche ebbero nel secondo dopoguerra un grande successo, soprattutto ma non solo nel mondo anglosassone. Uno dei suoi principali testi è "Who Shall Survive?", Beacon House, New York 1953, trad. it. "Principi di sociometria, di psicoterapia di gruppo e sociodramma", Etas Kompass, Milano 1964.

(2). Philippe Pinel, nel 1793 medico nel carcere-ospizio della Bicêtre e due anni dopo primario alienista all'ospedale Salpêtrière, è considerato uno dei fondatori del manicomio moderno assieme al quacchero Samuel Tuke, che nel 1791 apre il Retrait di York, primo ricovero per malati di mente. Basaglia condivide qui la lettura della figura di Pinel proposta da Michel Foucault nel capitolo "Naissance de l'asile" del libro "Histoire de la folie à l'âge classique", Plon, Paris 1961, p.p. 249-291, trad. it. "Storia della follia nell'età classica", Rizzoli, Milano 1963.

(3). Il sistema di manicomi pubblici che si sviluppa nei paesi industrializzati sino alla crisi del secondo dopoguerra è nato per il trattamento a spese dello Stato dei "folli poveri", come recitavano le disposizioni legislative.

(4). La lettura dei resoconti di alcune di quelle riunioni è tuttora molto interessante. Due riunioni sono riportate in: Franco Basaglia (a cura di), "Che cos'è la psichiatria?", Baldini&Castoldi, Milano 1997, p.p. 47-163, un'assemblea è inclusa nella "Introduzione documentaria" di Nino Vascon in: Franco Basaglia (a cura di) "L'istituzione negata", Baldini&Castoldi Milano 1998, pp. 34-46. Diversi momenti di un'assemblea si vedono nel documentario di Pirkko Peltonen "La favola del serpente" (1967). Tutti questi documenti si riferiscono all'esperienza di Gorizia raccontata e analizzata nei due libri appena citati.

(5). Sul "cattivo malato" e il "buon malato" si veda in particolare "Che cos'è la psichiatria?", cit., p.p. 20-25.

(6). Nei primi tre anni del lavoro a Trieste, tra il 1972 e il 1975, sono state aperte ben 15 istruttorie

contro Basaglia, spesso co-imputato con medici e talvolta infermieri dell'équipe. Si veda Maria Grazia Giannichedda "Note sull'intervento della giustizia nella trasformazione del campo psichiatrico" in: G. Gallio, M. G. Giannichedda, O. De Leonardis, D. Mauri, "La libertà è terapeutica?", Feltrinelli, Milano 1983.

(7). Kurt Schneider, "Die Psychopathischen Persönlichkeiten", Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1934.

IL LAVORO DELL'EQUIPE PSICHIATRICA NELLA COMUNITA'.

San Paolo, Instituto Sedes Sapientiae
19 giugno 1979.

Questa sera vorrei iniziare dicendo che siamo qui perché vogliamo tentare di trovare insieme i punti comuni della nostra azione pratica e sociale.

Questo è molto complicato perché è molto difficile, sia per voi che per me, tentare di andare al di là di un incontro come questo di oggi, che non si è svolto solo qui in teatro. Ma penso, per me e per voi, sia necessario approfondire il perché siamo qui, approfittando del fatto che siamo qui insieme.

Come hanno detto le persone che mi hanno preceduto, questa serie di riunioni ha lo scopo di organizzare qualcosa che vada al di là di queste riunioni, qualcosa che sia come un cemento che può unire le persone che vogliono lavorare in modo diverso. Non un lavoro in nome della società di psicodramma, o della psichiatria sociale, o della psichiatria democratica italiana, ma qualcosa di nuovo, di più avanzato, che si inquadri nel contesto brasiliano ma che sia di respiro internazionale. Così tornando in Italia potrò portare notizie, non importa se buone o cattive, ma certamente reali, legate al luogo da cui vengono. La cosa importante è che ogni incontro esprima la volontà di andare oltre il provincialismo in cui avviene. Sarà importante sapere, quando sto lavorando in Italia, che lavorano con me tutte le persone che ho incontrato in Brasile, e sarà importante per voi quando lavorate in Brasile, sapere che altre persone lavorano come voi in Italia. Così superiamo una barriera e abbiamo più forza per agire, perché sappiamo che i brasiliani, gli italiani, gli inglesi, gli argentini non lavorano isolati ma in una unità internazionale che tende a un'azione liberatrice. Un'azione liberatrice che non è la liberazione del folle, poiché questo sarebbe molto triste, sarebbe ricondursi unicamente al ruolo di psichiatra. Noi vogliamo essere psichiatri, ma vogliamo soprattutto essere delle persone impegnate, dei militanti. O meglio, vogliamo trasformare, cambiare il mondo attraverso il nostro specifico, attraverso la miseria dei nostri pazienti che sono parte della miseria del mondo.

Quando diciamo no al manicomio, noi diciamo no alla miseria del mondo e ci uniamo a tutte le persone che nel mondo lottano per una situazione di emancipazione. In questo momento noi non siamo più una società di psicodramma, né una società di psichiatria sociale. Siamo persone unite che lottano per una libertà reale del mondo.

Molto probabilmente, se fossero presenti qui degli psichiatri tradizionali direbbero che io sono un paranoico, che ho un delirio di onnipotenza, che voglio rivoltare il mondo e... ed è la verità! Ma questo delirio che stasera coinvolge tutti noi è un delirio collettivo, una follia generalizzata. Sarebbe bello se ci fossero nel mondo in questo momento molte altre follie come questa; potremmo dire che il mondo sta cambiando davvero...

Ma queste sono affermazioni di principio e il problema sta nel mettere una pietra a fianco all'altra, e questo è difficile. Credo comunque che in questi incontri metteremo alcune di queste pietre, con le quali riusciremo a costruire una casa, che potremo chiamare simbolicamente casa della libertà. Una libertà che non sarà fatta di parole ma costruita su fatti.

Oggi pomeriggio sono andato in un centro di salute mentale dove abbiamo parlato di cose molto concrete e reali. Il mio carisma è stato molto contestato... Oggi ho imparato molte cose sulla realtà brasiliana e soprattutto su come lavorano gli operatori della salute mentale a San Paolo. Penso che

l'esperienza di questo pomeriggio sia stata molto più importante per me che per loro. Ho imparato molte cose e sono molto grato al medico che mi ha detto: "Tu non sai in quale miseria noi lavoriamo!". La cosa più importante è che non abbiamo parlato di psichiatria, ma abbiamo parlato della miseria della vita, perché questa è la vera situazione, il vero contesto nel quale si costruisce la psichiatria. Penso che la domanda che dobbiamo farci è questa: se la miseria scomparisse, la psichiatria continuerebbe a esistere?

In realtà, questo che ho appena detto è un po' astratto, perché la miseria esiste, ed esiste la psichiatria. Ma è proprio per questo che noi dobbiamo, prima di tutto, abolire la miseria per vedere cosa succede dopo.

Mi sembra che questa sera mi sia stato chiesto di parlare, attraverso la mia esperienza, di ciò che succede quando si dimette una persona. Penso che questo tema sia piuttosto importante e anche chiarificatore, dato che è lo stesso problema di cui abbiamo parlato ieri sera in modo più generale.

E' davvero un dramma dimettere una persona che stava in manicomio. Questa persona ha passato anni e anni di internamento e ora dovrà affrontare quella realtà che l'ha rifiutata e spinta in manicomio.

Ieri sera mi sono state fatte alcune domande su questo tema, domande a cui ho tentato di rispondere, ma penso che le mie risposte non siano state soddisfacenti. Le domande erano importanti e mettevano a fuoco questo punto: una persona che entra in manicomio perché è stata rifiutata dall'organizzazione sociale, dalla società, quando viene dimessa incontra una società che non è assolutamente cambiata. Così questa società la rimanderà di nuovo in manicomio. Una delle ultime domande era: se la società fosse davvero cambiata, se cambiasse la sua logica interna, il problema della malattia mentale cambierebbe o no?

Credo che potremo parlare all'infinito di questo tema senza riuscire a esaurirlo. Il fatto è che la società nella quale viviamo è quella che conosciamo. Non è realistico parlare di una società nella quale non viviamo. Dobbiamo parlare di questa società, di ciò che può essere fatto all'interno di questa società, dobbiamo domandarci in che modo possiamo agire per cambiare la logica istituzionale e riuscire a dare una risposta alla persona che sta soffrendo.

Senza dubbio, per noi tecnici è un problema dimettere un malato, perché si creano situazioni tali... E' come nella divisione dell'atomo, si scatenano reazioni, contraddizioni a catena. Quando una persona vive in ospedale, si creano cambiamenti incredibili in famiglia. La famiglia si riorganizza in altro modo, indipendentemente dalla persona internata. Il padre o la madre incontrano altri compagni, i figli non si ricordano più della madre o del padre. Poi questa persona, ora totalmente estranea al gruppo familiare, ritorna in famiglia.

Bene, è in una situazione come questa che interviene la nostra azione pratica. Cosa possiamo fare? Possiamo ricreare di nuovo la famiglia? Il nostro problema è trovare una soluzione di vita per chi viene dimesso, non più nel gruppo familiare ma nel gruppo sociale, cercando di mostrare a questo gruppo chi è la persona che sta ritornando. E' questa la maggiore difficoltà, quella che esige maggiore abilità da parte dell'operatore sociale che, nella miseria extraistituzionale, deve trovare il posto per uno indesiderato. Io penso che questa presenza possa essere un detonatore molto importante per una presa di coscienza politica da parte della società, perché essendo stata esclusa e tornando a essere integrata può essere uno specchio della politica dell'organizzazione sociale in cui viviamo, del suo significato, dei suoi valori. Nell'esempio di chi viene dimesso noi possiamo trovare elementi molto importanti da cui la comunità può prendere coscienza della propria oppressione.

Ieri sera dicevo che quando noi dimettevamo un ex internato volevamo far vedere alla gente che questa persona, oltre a essere malata, aveva carenze sociali, affettive, psicologiche e umane, le stesse che ciascuno di noi ha. Se per esempio analizzassimo le carenze che ciascuno di noi ha questa sera, vedremmo che sono carenze di una unità che abbiamo perduto o che non abbiamo mai avuto. Abbiamo una grande paura e ci sentiamo rassicurati dal fatto di stare insieme. Immaginate ora una persona che ha vissuto per dieci anni in manicomio: ci chiede protezione, e noi dobbiamo dargliela. Alla fine, questo è il nostro lavoro, la nostra abilità. Non è il caso di fare grandi elaborazioni psicologiche per concludere che questa persona ha un complesso di Edipo non risolto, o cose del genere. L'importante, per lei, è avere da mangiare, avere denaro, un letto per dormire. Questo è il

problema. Questo io ho imparato finora dalle persone con cui ho parlato. Ed è su questo che vi invito a discutere, e non sul fatto se il potere recupera molto o poco, perché il potere recupera sempre. Il nostro compito è trovare la strategia per non farci recuperare. Io credo che queste riunioni, questi dialoghi che stiamo facendo insieme, difficilmente saranno recuperati.

Qui c'è una volontà, un grande ottimismo, e non il pessimismo di cui si diceva ieri sera. Come dire, c'è l'ottimismo di trovare una soluzione, di trovare qualcosa di diverso, una speranza. Ma una speranza che non deve essere messianica, perché il messia è sempre un falso profeta. La speranza deve stare in noi, come espressione delle nostre contraddizioni, perché l'altro, il malato, è uno di noi.

E' in questo contesto che dobbiamo collocarci ed è in questo contesto che dobbiamo trovare una soluzione per la nostra pratica professionale. E' molto difficile la nostra pratica professionale, non riusciamo mai a vincere e subiamo sempre grandi sconfitte. Dobbiamo imparare a perdere, e a riprendere di nuovo la lotta, perché solamente così riusciremo a convincere. Come abbiamo detto ieri sera, sono sempre i dittatori che vincono. Il popolo, con le sue ragioni, deve convincere.

Ecco, come introduzione a questo incontro, non ho più nulla da dire. Penso che, come ieri sera, questa sia una base di discussione e spero che le domande siano molto stimolanti e anche molto cattive.

DOMANDA: Come funziona la terapia nella comunità? Esiste all'interno del processo terapeutico la preoccupazione di affrontare il tema della coscienza di classe?

RISPOSTA: Forse posso interpretare la sua domanda dato che non mi sembra molto corretta... Innanzitutto è importante capire che cos'è "terapia", specie se si colloca la parola terapia a fianco dell'espressione "lotta di classe". La domanda è molto stimolante perché attualmente "terapia" vuol dire farmacologia, elettroshock, insulina e tutte quelle tecniche psicoterapiche che non vanno oltre la manipolazione del malato: al fondo, tutte tecniche che si muovono all'interno del linguaggio del potere.

D'altra parte, come lei dice, c'è il problema della lotta di classe, che è qualcosa che riguarda il popolo organizzato, qualcosa che non ha niente a che vedere con il codice del potere, quel codice che ha sempre orientato la creazione delle tecniche di potere. Penso che in un certo senso la logica terapeutica e la logica della lotta di classe siano due cose molto vicine, e che solamente con dei passi avanti nella lotta di classe si potrà creare un nuovo codice per una nuova scienza, una scienza che sia al servizio del malato. In questo senso, ritengo che la coscienza delle persone potrà creare tecniche che saranno funzionali a una nuova struttura sociale. Non si può pensare che le tecniche terapeutiche dell'inizio del secolo siano valide oggi, in questa società che sta cambiando. E' evidente che le persone che sono qui sono insoddisfatte dell'insegnamento che ricevono e delle tecniche che stanno imparando. E' evidente che siamo in attesa di qualcosa, qualcosa che dobbiamo creare a poco a poco, mentre lavoriamo, tenendo conto della lotta di classe e del fatto che siamo al servizio del popolo.

D: Presupponendo che esista una patologia "interna" all'individuo e che, in questa patologia, il fattore economico entri come questione rilevante, chiedo: come potrebbe agire una équipe psichiatrica nel caso che non ci fosse patologia "interna" e dove non fosse possibile il ricorso all'istituzione psichiatrica?

R: E' una domanda, secondo il mio punto di vista, un po' contorta, perché è fatta di molti "se" e "come". Vorrei che le domande fossero più precise. Lei mi chiede come potrebbe essere la situazione se fosse diversa. Ma il problema è che la situazione non è diversa, la situazione è quella che è. Sarebbe come se lei mi domandasse: se in Brasile non esistessero i militari e la miseria, come sarebbe? E' molto difficile rispondere ma proverò a farlo.

Forse non sono stato chiaro, ma io non ho detto che esiste una patologia "originaria" nell'uomo. 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 dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece questa società accetta la follia come parte della ragione, e quindi la fa diventare ragione attraverso una scienza che si incarica di eliminarla. Il manicomio ha la sua ragion d'essere nel fatto che fa diventare razionale l'irrazionale. Quando uno è folle ed entra in manicomio smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come disfare questo nodo, come andare al di là della "follia istituzionale" e riconoscere la follia là dove essa ha origine, cioè nella vita.

Questo è stato il tema che ho cercato di trattare. Lei mi chiede come possiamo affrontare questo problema. Io ho dato un tentativo di soluzione, dicendo come noi tendiamo ad affrontare il problema. Non sono sicuro che le cose stiano così, ma questa nostra è una possibilità, un tentativo di affrontare il problema.

D: Vorrei sollevare un tema del quale si parla e ci si preoccupa molto oggi in Brasile, che è la prevenzione della malattia mentale. Che cosa pensa a questo proposito?

R: Credo che una delle principali prevenzioni della follia e della malattia mentale sia la lotta contro la miseria. Ritengo molto difficile che in un quartiere povero si sappia chi è folle e chi non lo è. Lo stesso accade in manicomio. Quando entriamo in un manicomio abbiamo di fronte a noi la miseria. Come si può sapere se un abitante dello Juqueri (1) è folle? La prima cosa che fa quando ci vede è chiedere l'elemosina e domandarci: "Quando torno a casa?". Questo folle ha due caratteristiche molto importanti: la coscienza della prigione e la coscienza pratica della miseria. Vedete, in questo caso sarebbe facile la prevenzione. Basterebbe liberare questa persona e dare una risposta alla sua insufficienza reale, al suo problema. Ma con questo non abbiamo risolto tutto, voi mi direte, perché dobbiamo definire il concetto di prevenzione per una organizzazione sociale complessa. Temo che si vada a finire sempre sullo stesso problema. Vediamo, per esempio, che nelle società più industrializzate i tumori sono in aumento. Allora mi potreste chiedere: come si può prevenire il problema dei tumori? Potrei dire che un tipo di prevenzione è l'incremento delle ricerche, per esempio facendo fare a tutti esami preventivi così da poter arrivare quando i tumori possono essere operati. Ma facendo una ricerca epidemiologica sui tumori, vedremo che nelle regioni molto industrializzate i tumori prosperano. Non so se nelle zone industriali di San Paolo esistano ricerche di questo tipo, ma sappiamo che in aree come queste i tumori prosperano su grande scala. Dovremmo dunque concludere che è necessario eliminare le fabbriche. Ma questo è impossibile. Allora gli operai dovrebbero perlomeno esigere condizioni di sicurezza nel loro ambiente di lavoro. Questo può far sì che l'operaio prenda coscienza della sua oppressione e della mancanza di protezione sul lavoro.

Nel momento in cui usciamo dalla fabbrica, che è già uno strumento di produzione di malattie molto gravi, e andiamo verso un quartiere povero, la prima prevenzione della malattia mentale, lo ripeto, è la lotta contro la miseria, la presa di coscienza della miseria del quartiere, che, nello stato di degrado in cui vive è fonte di malessere sociale e anche di follia. Penso che consista in questo il nostro lavoro di medici, di militanti e di psichiatri.

D: La risposta che mi è stata data pone una questione che per me è molto importante. Se Basaglia identifica il lavoro di salute mentale con la lotta contro la povertà, allora il nostro ruolo di tecnici, medici, psicologi e conoscitori degli strumenti di gestione tecnica diviene una cosa secondaria. Non sarebbe preferibile estinguere le professioni psichiatriche e diventare politici? Come si misura l'identità professionale all'interno di una visione come quella di Basaglia?

R: Questo è un punto molto importante. Penso che noi dobbiamo tenere in piedi contemporaneamente le due situazioni, i due ruoli, quello di tecnico e quello di militante politico. Nel momento in cui io porto una persona a prendere coscienza delle contraddizioni in cui vive, non sto facendo un'azione tecnica ma politica. E' vero però che io esplico così anche il mio essere psichiatra.

Facciamo un esempio: in una famiglia di operai c'è un figlio handicappato e ogni mattina il padre e la madre, che devono andare a lavorare, portano il bambino un po' qua e un po' là, un giorno a casa di un amico, un altro giorno da un altro. Ma la solidarietà non è eterna e, giorno più giorno meno, questa famiglia sarà obbligata a internare in un istituto il figlio, il che non è la situazione ideale per un bambino handicappato. Ebbene, questa circostanza porta con sé gravi conseguenze, perché produce angoscia nei genitori, crea già una situazione nevrotica. Ed ecco che io come psichiatra, nel mio lavoro di salute mentale, vengo chiamato da questa famiglia che si sente in colpa per avere internato il bambino. Quale sarà il mio compito? Curare la nevrosi della madre o la depressione del padre? Certo, io ho gli strumenti per farlo, ma questo intervento non sarebbe che una modalità di repressione della famiglia. Il problema è che io devo spiegare al padre e alla madre perché sono stati obbligati a internare il figlio in istituto. Sono stati obbligati perché l'organizzazione sociale ha impedito loro di dare al bambino l'affetto di cui aveva bisogno. Questa è un'azione politica e tecnica allo stesso tempo e il mio compito di psichiatra è questo. Non è di dare farmaci ai genitori, ma piuttosto di creare una presa di coscienza, un nuovo codice che consenta a queste persone di capire le cose.

D: Vorrei mettere a fuoco la situazione di un lavoratore di salute mentale che va nelle favelas dove non trova che miseria. Qui le persone non hanno di che mangiare, non hanno denaro per muoversi, le loro "case" sono diroccate. Come fare un lavoro specificatamente psichiatrico, dopo essersi resi conto che, come dice Basaglia, non ha senso interpretare complessi di Edipo a chi ha per principale problema la mancanza di cibo? Cosa fare allora? Ci trasformeremo tutti in agenti di aiuto sociale? O dobbiamo rimanere distanti dalla realtà? Certo gli aspetti politici hanno molto peso, ma come mantenere l'identità professionale? Com'è che ha potuto reggere Basaglia gestendo queste ansie che sono un'aggressione all'identità professionale?

R: Vorrei aggiungere qualcosa a ciò che il compagno ha appena detto. Mi ha molto interessato il suo modo di affrontare il problema della perdita di identità e dell'acquisizione di una nuova identità da parte del tecnico. Penso ci sia un aspetto davvero importante che è questo: come il nuovo tecnico può trovare una nuova identità oltre la vecchia, nella quale si poneva come padrone della situazione, vecchia identità che era il suo potere, il potere di etichettare l'altro a suo piacimento. Infatti, nel manicomio, l'identità del tecnico è quella di essere il padrone assoluto, il padrone medioevale di molte anime, dieci, venti, trenta, mille, duemila anime. Il problema è che quando si parla di distruzione del manicomio la terra trema sotto i piedi del tecnico, che perde la sua identità ed entra in una situazione anomala, perché non sa più chi è.

Normalmente, il medico che lavorava in un manicomio pubblico esercitava anche un'attività privata. Io non voglio offendere nessuno, ma domando: qual è la differenza fra una prostituta che vende il suo corpo e il medico che si prostituisce nel suo ambulatorio quando dovrebbe dare il massimo della sua attività alle istituzioni pubbliche? Il problema è di difficile soluzione, come la redenzione della prostituta... Qui il problema diventa molto complesso, molto difficile, e credo che la redenzione e la riabilitazione del medico debbano essere fatte poco a poco, a mano a mano che si fa la riabilitazione del malato. Quando il medico si dà totalmente all'istituzione, nel senso di trasformarla ed eliminarla, cambierà realmente anche il ruolo del medico e dello psichiatra. Non avevo intenzione di offendere nessuno quando ho paragonato la prostituta al medico, perché davvero ho un grande rispetto per la prostituta...

D: Cosa pensa della malattia mentale nelle classi medie e alte? Qual è la finalità della terapia per queste classi?

R: Si può parlare di terapia solamente riferendosi alle classi medie e alte, perché queste classi posseggono i mezzi di produzione e con questi mezzi creano istituzioni in cui potersi riabilitare. Vi sono cliniche per malattie mentali che mantengono sempre una situazione di scambio, dove ci sono persone pagate che sono disponibili a riabilitare una persona malata di mente che ha i soldi per il

trattamento. Abbiamo l'esempio dell'esercito di psicoanalisti che sono pronti a prestare servizi, pagati profumatamente, a chi va nel loro ambulatorio. Gli psicoanalisti hanno sempre una gran lista di attesa, come gli aeroplani. Questo per dire che tale tipo di organizzazione risponde ai problemi di quella piccola parte di popolazione che possiede i mezzi per difendersi. Non so se ho risposto alla domanda, ma ricordo un proverbio calabrese che dice: "Chi non ha non è". Allora, chi non ha denaro per la terapia non esiste, e di conseguenza sta in manicomio.

D: Se la sofferenza umana è collegata a una situazione di contrapposizione antagonistica, sembrerebbe che in una società senza classi la sofferenza cessi di esistere. Vorrei un commento su questo punto perché io penso che anche in una società senza classi la sofferenza continui a esistere.

R: Sono d'accordo. La sofferenza umana non si può eliminare. Sta nella vita, sta nell'uomo, è una condizione dell'uomo. Il problema della vita è la contraddizione fra ciò che è l'organizzazione sociale e la sofferenza che si esprime in ciascuno di noi. Il problema è che coloro che possono sopravvivere economicamente hanno anche la possibilità di esprimere il dolore, cioè di esprimersi soggettivamente, perché esprimere una sofferenza esistenziale è esprimersi soggettivamente. Chi non ha i mezzi economici per sopravvivere non può esprimersi in alcun modo, non conosce la sofferenza esistenziale, conosce solo la sofferenza della sopravvivenza perché non può esprimere la contraddizione e l'antagonismo. Noi abbiamo il diritto, come cittadini, di esprimere ciò che siamo, anche se poi in realtà ci esprimiamo come il potere vuole...

D: Come può il paziente psichiatrico ricevere una terapia in un ambiente manicomiale se questo ambiente non consente al ricoverato di esprimersi?

R: Nel manicomio la condizione di potere del medico e di dipendenza del malato non dà alcuna possibilità di mettere in atto una terapia. E' per questo che noi proponiamo l'eliminazione di queste istituzioni che si chiamano manicomi. Perché nel manicomio non si può praticare alcuna terapia data la relazione di potere del medico sul malato. La terapia ha senso quando c'è reciprocità fra malato e medico. La terapia analitica come mezzo di gestione è molto significativa in questo aspetto. All'interno della terapia analitica la cosa più importante è il denaro, cioè il fatto che il paziente deve pagare. Questa situazione - e non sto dicendo che sia giusta o sbagliata - pone medico e paziente in una posizione di uguaglianza: il medico ha degli obblighi per via del denaro che riceve, e il paziente ha dei diritti per via del denaro che gli dà. Questa è una situazione di reciprocità perché tutti e due sono impegnati nel trattamento terapeutico.

Quando parliamo di miseria, quando affrontiamo la follia in mezzo alla miseria, la persona che sta male deve poter capire che il medico è lì per darle una mano, per aiutarla, che non è in una situazione di potere, ma di reciprocità, e quindi di "terapeuticità". Ma nel manicomio non può esistere terapia perché esiste solo una relazione di potere. Invece noi dobbiamo andare alla ricerca di una situazione di complicità e di reciprocità verso e con il malato. E' solo così che possiamo parlare di terapia. In caso contrario possiamo parlare solo di dipendenza e di schiavitù.

D: Vorrei capire in che senso è usata la parola "miseria", dato che la follia si manifesta anche quando la miseria non è materiale. Lei ha parlato delle necessità fondamentali del malato che è stato dimesso: cibo, denaro, un letto... Io penso che tutti noi abbiamo soprattutto necessità di amore e di accettazione.

R: Certo, quando parliamo di miseria e di follia, stiamo parlando della miseria e della follia. Non abbiamo mai sovrapposto miseria e follia. Abbiamo visto che a volte la follia non può esprimersi perché la miseria la domina. Quando, per esempio, andiamo in manicomio e vediamo le persone miserabili che ci vengono incontro, io sfido qualunque psichiatra a fare una diagnosi di schizofrenia, di mania o di qualunque cosa. Posso solo aiutare questa persona dandole la libertà di uscire da questa miseria. Dopo, evidentemente, si può anche fare una diagnosi clinica. Prima è

impossibile. Io penso che miseria e follia camminino molto vicine. E' proprio per questo che è impossibile scoprire la follia nella fase della miseria. Quanto alla seconda osservazione, io sono d'accordo che l'amore è fondamentale per le relazioni umane. Ricordo adesso di un libro di Bettelheim: "L'amore non basta" (2). Non basta quando l'amore è tra le nuvole, astratto. L'amore deve poggiare su dei legami reali nella società e nella famiglia, e può essere nato nell'oppressione e non nella libertà. Non voglio entrare nella questione della relazione uomo-donna, ma da lì possiamo vedere che l'amore può essere un mezzo di oppressione e non di liberazione.

D: Non sono d'accordo col paternalismo con cui la società accetta l'individuo che non ha capacità di inserimento. La mia domanda è: è cosa valida limitarsi unicamente ad accettare questo individuo o non è più giusto che egli lotti per la realtà in cui crede?

R: Credo di non essere caduto in proposte paternalistiche. E' già molto che questa società accetti anche in modo passivo la persona dimessa dal manicomio. Ma soprattutto essa deve accettare che lotti per sopravvivere. Deve darle le armi per lottare perché oltre a dover risolvere il problema della sua malattia, ha bisogno di affetto, di denaro, di lavoro. Questi sono gli elementi di base con i quali io posso competere con gli altri. Quando ho queste risorse di base, essenziali, io divento competitivo e posso esprimermi. Se sono in miseria sono sempre sottoposto all'altro.

D: Secondo lei, liberare l'uomo dalla miseria è il primo passo per realizzare una psichiatria più umana, più sociale. Nell'Unione Sovietica la miseria è stata estinta. Come spiega allora l'istituzione psichiatrica e i gulag?

R: Prima o poi questo tema dei dissidenti sovietici doveva venir fuori. Bene, parliamone. Non credo affatto che in Unione Sovietica ci sia una situazione di libertà in cui l'individuo possa esprimersi, e penso che i gulag sovietici siano espressione di contraddizioni sociali non risolte nel mondo socialista. Io faccio una protesta chiara contro l'internamento dei dissidenti sovietici in manicomi del tutto simili alle nostre terribili istituzioni. Semmai non capisco perché leviamo grida di orrore contro l'Unione Sovietica e non leviamo le stesse grida anche contro i gulag americani, per esempio.

D: Nell'Unione Sovietica lo shock e l'insulina sono molto frequenti come trattamento terapeutico. Perché questa predominanza?

R: Perché la psichiatria dell'Unione Sovietica è una delle psichiatrie più reazionarie che esistono al mondo.

D: Vorrei che discutessimo la dimissione del paziente dal punto di vista del lavoro, perché qui a San Paolo questo è un problema rilevante. Nella nostra esperienza, i pazienti dimessi sono stati inseriti per lo più in una realtà di lavoro indipendente: sono divenuti artigiani o lavoratori a domicilio. La mia impressione è che il paziente ha in generale poche possibilità di essere accettato sul mercato del lavoro dato che deve competere con persone che non hanno avuto i problemi dell'internamento.

R: C'è un film italiano che si chiama "Matti da slegare" (3). Di questo "slegare" fa parte il lavoro di integrazione nelle fabbriche che è presentato in questo film. Sarebbe interessante dedicare una serata alla sua proiezione, spero che si potrà farlo. Si tratta di un documentario di due ore. Penso in verità che i malati mentali trovino più facilmente un lavoro artigianale. Ma non capisco la sua preoccupazione per il fatto che trovino lavori artigianali più che lavoro in fabbrica. Il problema grave a cui è difficile rispondere è il fatto che il mondo del lavoro oggi è contraddittorio e accetta più facilmente mano d'opera più qualificata. Noi abbiamo fatto tentativi per superare questo problema creando delle cooperative di lavoro, nuovi luoghi di lavoro dove l'ex malato diventa competitivo con altre cooperative, ma competitivo come gruppo e non come individuo. Questo è molto importante.

D: Secondo lei, quale tipo di strategia o di tattica deve essere adottata per affrontare quelle forme di resistenza che apparentemente accettano le innovazioni che si vogliono portare? Dico apparentemente, perché le innovazioni vengono poi diluite nelle norme.

R: Penso che intanto sia importante che queste innovazioni vengano accettate, cercando di vedere quali sono gli elementi che domani possono diventare momenti di rifiuto del problema in sé. Se oggi esiste un'accettazione, sarebbe assurdo non assecondarla. Sarebbe necessario studiare il campo, altrimenti è molto difficile dare una risposta, e io sento che non posso darla a chiusura di questa serata. Domani sera possiamo cominciare se volete con questa domanda. Ora sono stanco e vi chiedo scusa.

NOTE.

(1). Juqueri è il nome del più grande manicomio di San Paolo, una terribile città dei folli dove fino al 1978 erano internate diciottomila persone. Dopo diverse proteste e una campagna internazionale lo Juqueri fu ridotto a cinque e poi a tremila internati con la creazione di vari altri manicomi. Oggi è tuttora in funzione con circa duemila internati.

(2). Bruno Bettelheim, "Love Is Not Enough. The Treatment of Emotionally Disturbed Children", Free Press, New York 1955; trad. it. "L'amore non basta", Ferro, Milano 1967.

(3). Basaglia si riferisce al film-documentario "Matti da slegare", di Silvano Agosti, Marco Bellocchio, Sandro Petraglia e Stefano Rulli, girato nel 1971 a Parma su proposta dell'amministrazione provinciale e in particolare dell'assessore ai Servizi sociali Mario Tommasini.

ANALISI CRITICA DELL'ISTITUZIONE PSICHIATRICA.

San Paolo, Instituto Sedes Sapientiae
20 giugno 1979.

In questi ultimi anni i giornali di tutto il mondo hanno riportato molte notizie relative alla follia... Ne hanno parlato spesso in maniera sensazionalistica, scandalistica, ma anche per reclamare la necessità di un nuovo tipo di assistenza, di una forma alternativa di intervento sulla follia. Il mondo intero è indignato per il modo in cui sono trattati i malati di mente. Il tema che mi è stato affidato stasera, "Analisi critica dell'istituzione psichiatrica", è quindi attuale non solo in Brasile ma in tutto il mondo. Nei dibattiti dei giorni scorsi abbiamo parlato di un fatto scandaloso dell'assistenza psichiatrica locale: l'ospedale psichiatrico di Juqueri. Ma io conosco il mondo psichiatrico internazionale e posso garantire che lo Juqueri è la norma. Negli Stati Uniti, a New York, ci sono ospedali come lo Juqueri. Anche in Francia esistono situazioni di questo tipo, così come in Inghilterra e in Italia. Perlomeno da questo punto di vista il Brasile non può considerarsi sottosviluppato. Io credo che si possano fare parecchi paragoni dato che la situazione scandalosa del manicomio e dell'internamento di masse di persone è una situazione generale.

Si pensava che nei paesi liberati dalla rivoluzione socialista si fosse sviluppata una psichiatria diversa ma purtroppo in questi paesi, non solo i manicomi normali sono prigioni somiglianti allo Juqueri ma è stato creato un altro tipo di manicomio, il manicomio politico. Siamo insomma in una situazione generale di scandalo, in un mondo dove l'uomo per sopravvivere imprigiona l'altro uomo. Noi siamo riuniti qui stasera, come molte altre persone nel mondo, per discutere in quale modo l'uomo può riuscire a sopravvivere senza aver bisogno di distruggere l'altro.

Credo che per capire questo Juqueri planetario dobbiamo tentare di capire come e perché esso è nato. E' importante osservare che i manicomi sono nati in un momento in cui il mondo cambiava e

nasceva un nuovo umanesimo. Le scienze dell'uomo nascono infatti dopo la Rivoluzione francese, quando si affermano sia la ragione che la fraternità. Questi diventano gli emblemi del nuovo mondo. Una società, per essere civile, deve essere razionale. Ecco perché da quel momento tutto ciò che è irrazionale deve essere controllato dalla ragione. E' così che nasce l'istituzione razionale del manicomio, che racchiude l'irrazionalità. Una persona folle diventa nuovamente razionale nel momento in cui è internata in manicomio. "Folle", "pazzo" sono parole generiche, astratte. Ma quando si dice "malato mentale" questa persona diventa concreta ed è accettata dal mondo in cui viviamo, e quando si dice "schizofrenico" è più accettata ancora perché è chiaro a tutti che la casa del malato di mente, dello schizofrenico, è il manicomio. Questo è il luogo che rende possibile la sua accettazione per la società razionale.

Accanto al manicomio abbiamo un'altra istituzione con una funzione integrativa simile: il carcere. Questa istituzione in tutti i paesi del mondo ha come finalità la riabilitazione del carcerato, come d'altro canto il manicomio ha come finalità la cura del malato di mente. Penso che ognuno di noi sorrida ironicamente quando si dice che la prigione e il manicomio hanno come obiettivi la riabilitazione dei loro "ospiti". In realtà, tanto il manicomio quanto il carcere servono a confinare le devianze dei poveri, a emarginare chi è già escluso dalla società. In larga misura, manicomio e carcere sono intercambiabili: possiamo prendere un carcerato e collocarlo in manicomio o prendere un folle e metterlo in prigione. Le funzioni istituzionali sono le medesime.

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. Era l'ora in cui venivano portati fuori i buglioli dalle varie celle. 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. Dopo, abbiamo capito che l'internamento dei "folli poveri" era una conseguenza del fatto che queste persone non erano produttive in una società basata sulla produttività, e se restavano malate era per la stessa ragione, perché erano improduttive, inutili per una organizzazione sociale come questa.

Anche una malattia organica, se non è curabile, rapidamente diventa cronica, e cronicità significa che la persona è improduttiva. Detto altrimenti, tutto ciò che non produce è malato, non va. Se guardiamo il mondo della disoccupazione, in particolare nei paesi europei, vediamo che le persone disoccupate ricevono un sussidio, che poi è l'anticamera della dipendenza dal sistema assistenziale. Al disoccupato conviene essere persona inerte che sfrutta il sistema sociale, che dipende dai suoi servizi sociali (questo non esiste qui in Brasile). La logica è la seguente: se il sistema sociale non dà lavoro, si deve in qualche modo sfruttare il sistema. Questa situazione può essere l'anticamera dell'ospedale psichiatrico. Le persone emarginate dal mondo del lavoro sono messe in una situazione passiva, invalidante, antisociale, e una delle istituzioni per le persone antisociali è il manicomio.

Evidentemente un mondo civile non può accettare istituzioni come questa. Oggi poi tutto il mondo sa che il manicomio è un luogo di dolore e di sofferenza. Cosa possiamo fare allora? In verità, non siamo solo noi, i ribelli, a preoccuparci di cambiare le cose. Anche quelli che questa società la gestiscono, i dominanti, si domandano quale sia oggi il ruolo dei manicomi. La proliferazione della marginalità oggi è molto alta. E' molto più alta che all'epoca in cui si costruirono i primi manicomi. Dunque sono ancora necessari e utili i manicomi?

Per contenere tutti i marginali, tutti gli improduttivi sarebbe ormai necessaria una città grande come San Paolo. Dunque il problema è che i tecnici devono trovare mezzi diversi per controllare questi marginali, mezzi che non siano la segregazione e l'internamento, dato che comunque il potere deve rendere produttiva l'improduttività. Sappiamo che negli Stati Uniti, per esempio, la popolazione non produttiva rappresenta ormai la maggioranza (1). E' necessario pensare a come controllare questa maggioranza. Il sistema del manicomio o della prigione non sono più adeguati, occorre una nuova

logica, una nuova visione, in sostanza un nuovo sistema di controllo per questa società capitalista che si sta trasformando. Così cominciano a nascere le nuove tecniche di controllo sociale in cui violenza e repressione non sono più tanto necessarie. Anche nei paesi totalitari più duri comincia una nuova alba, un'epoca di permissività, come da noi, anche dentro i manicomi che non sono più di moda.

Negli Stati Uniti la legge Kennedy del 1963, primo segno della fine dei manicomi, aveva decretato l'apertura di una rete di centri di salute mentale finanziati e controllati dal governo federale. Ho lavorato sei mesi in una di queste istituzioni e posso raccontare alcuni fatti interessanti di una gestione sostanzialmente repressiva che tuttavia aveva un'apparenza, una coloritura di libertà.

Tutte le mattine gli operatori tenevano una riunione dove si discutevano tutti i problemi del giorno precedente. In una di queste riunioni, si presentò una volta il rettore della New York University. Era durante le rivolte studentesche. Il rettore chiedeva che alcuni psichiatri dessero delle valutazioni psichiatriche sui leader della rivolta degli studenti. Evidentemente il centro veniva usato per reprimere una iniziativa presa da persone normali. Il centro serviva tutta un'area che in inglese si chiama "catchment area", dal verbo "to catch" che originariamente vuol dire "gettare la rete" di pesca per ritrarla con i pesci. Così gli psichiatri e i servizi sociali gettano la loro rete e pescano i malati... (2).

Per capire come questo controllo si esercita, si tenga presente che negli Stati Uniti il servizio sociale offre un sussidio in denaro alle persone che non lavorano: il non-lavoro, cioè, è controllato. Gli assistenti sociali fanno visite domiciliari per controllare quanti ricevono il sussidio. In una delle riunioni del centro l'assistente sociale rivelò che nella casa di una donna assistita erano state trovate delle mutande da uomo: c'era un uomo, dunque, e l'uomo probabilmente manteneva l'assistita. Il sussidio fu immediatamente revocato. Voi potete capire in che senso la logica del centro fosse repressiva.

La situazione che vi ho descritto è quella di una sorta di manicomio molto grande che avvolge la città e ha sostituito l'antico manicomio (3). In una situazione come questa gli estremisti direbbero che è inutile fare qualunque cosa perché il potere recupera tutto. Io penso invece che di fronte a un manicomio che ammazza la gente è meglio restare vivi, anche se ci tolgono le mutande...

Immaginare in Brasile un'organizzazione come quella nordamericana è impossibile. Io ripeto che il Brasile non deve accettare nessun modello dai paesi sviluppati. Se il Brasile importasse la logica dei centri di salute mentale americani, sarebbe un disastro, una importazione stereotipata di tecniche imperialiste di cui il Brasile non ha alcun bisogno.

In una città come San Paolo, la prima cosa è che i tecnici capiscano la logica di morte dello Juqueri. La nuova tecnica di gestione della follia potrà venir fuori solo dalla trasformazione dello Juqueri. Non si distrugge nulla trasportando le persone in altri manicomi o in altri luoghi (4). E' una mistificazione, un'assurdità. La trasformazione avverrà quando, giorno dopo giorno, distruggeremo i meccanismi dell'istituzione. E questo deve accadere con la partecipazione della comunità.

Non so quale tecnica servirà per la distruzione dei manicomi brasiliani. Ma non sarà né inglese, né francese, né italiana e tantomeno americana. Sarà una tecnica brasiliana. E' di questo che il Brasile ha bisogno.

D: Vorrei che mi dicesse cosa vuol dire "tecnica brasiliana".

R: Non lo so cosa vuol dire "tecnica brasiliana". E' lei che dovrebbe cercare di scoprirla, lavorando e studiando giorno per giorno. Lei non è soddisfatta, e questo va bene perché lei attraverso il suo lavoro può trovare un significato per la sua vita, un'appartenenza al suo paese. Lei ha studiato e probabilmente ha vissuto la sua identificazione nella professione in maniera astorica. Non so se lei sia psicologa, assistente sociale o psichiatra. Comunque, nel periodo degli studi lei ha incorporato elementi "neutri", per così dire, mentre invece tutti questi elementi, tutti questi saperi, fanno parte di una storia. Lei deve incontrare questi elementi giorno per giorno nel suo lavoro. Mi permetto di parlarle così perché ieri, nel centro di salute, mentre discutevamo, io avevo la sensazione che lì stesse succedendo qualcosa che io non riuscivo a cogliere, e mi sentivo sfiduciato perché non

riuscivo a capire la realtà che avevo di fronte. Poi l'ho capita, ma solo quando sono entrato nella storia della creazione di quel centro.

D: Certi centri di salute mentale di San Paolo contano sul lavoro di medici che si drogano... Cosa pensa di questo?

R: Lei mi mette nella parte di censore dei centri di salute mentale di San Paolo. Io posso dire cosa avrei fatto nella stessa situazione. Penso che questo medico che si droga dovrebbe essere motivo di discussione per tutto il centro, una discussione sulla contraddizione della droga. Perché se il medico, che deve curare i drogati, si droga vuol dire che la logica della droga è totalitaria. Esiste un problema quando la questione droga diventa generalizzata.

Ad ogni modo io non penso che il medico debba essere un esempio. Il medico non è il padre, e poi neppure i padri danno il buon esempio...

D: La mente della persona umana può avere la sorpresa di essere in un luogo e contemporaneamente in un altro. Questa scoperta è una dura realtà e causa un trauma psichiatrico.

R: La sua affermazione insegna molte cose. A volte scopriamo che abbiamo un cervello per pensare. Il tipo di vita che conduciamo, molto confuso, ci impedisce di renderci conto che abbiamo la capacità di pensare... Questa capacità è sempre dipendente dal potere. Quando ci accorgeremo di avere una mente, ci accorgeremo di essere uomini. La ringrazio per il suo intervento.

D: Come può lavorare in una istituzione, predicando la sua distruzione, senza essere licenziato?

R: E' una domanda che mi fanno sempre. Probabilmente, è stato il particolare momento storico dell'Italia che ha permesso tutto questo. Essendo direttore, io avevo il potere di manipolare, determinare, autorizzare... Non è stato facile, ho dovuto far fronte a molte repressioni: politiche, giudiziarie, amministrative, disciplinari. Un grande stimolo mi veniva dal fatto che il mio lavoro era seguito dall'opinione pubblica, e questo mi ha aiutato molto ad andare in questa direzione.

D: La popolazione italiana era d'accordo con i cambiamenti?

R: No, ma non poteva essere altrimenti... Quando si introducono dei cambiamenti, questi vengono sempre vissuti con difficoltà, anche quando il cambiamento ha effetti positivi per le persone. In realtà, noi violentiamo le città in cui produciamo cambiamenti. Il problema è che noi non abbiamo portato i malati di mente in città ma abbiamo riportato nella città la sua miseria.

Quando la città ha capito che i malati erano anche dei poveri, questo è stato l'avvio del dialogo con la città, un dialogo molto difficile all'inizio, che ci ha messo nella condizione di subire l'intervento della magistratura. Ma, perlomeno, il problema "follia" è diventato in città motivo di comunicazione, di dialogo. E' molto difficile spiegare in poche parole cosa accadeva... A un giornalista che un giorno era venuto in ospedale per scrivere un articolo sul nostro lavoro, l'autista del taxi che lo aveva accompagnato raccontò questa storia. "Qualche tempo fa sono stato fermato da un signore cui ho chiesto dove voleva essere accompagnato. 'Voglio andare a Beirut', mi ha risposto. 'D'accordo' ho detto io, e ho fatto un grande giro. L'ho portato a vedere le rovine del teatro romano e gli ho detto 'ecco, è Beirut'. Il signore è sceso e ha pagato". Questa storia mostra il coinvolgimento della città nel problema. L'autista non ha chiamato la polizia perché ha trovato un altro modo di agire, e poi c'è il fatto importante che il passeggero aveva i soldi per pagare la corsa... Un'altra storia, ma questa non è divertente, può illustrare il coinvolgimento della città nel nostro lavoro. C'era una ragazza che quando si trovava sola aveva l'abitudine di ferirsi. Un giorno, per protesta contro di noi, è salita su un edificio molto alto di fronte al comando di polizia dicendo che si sarebbe buttata giù, che si sarebbe suicidata. Si è radunata una folla che tentava di convincerla a non ammazzarsi, e più il tempo passava, più persone si raggruppavano sotto l'edificio. Anche i

pompieri con la rete le chiedevano di scendere. Purtroppo, la ragazza si è buttata giù e disgraziatamente è caduta fuori dalla rete restando gravemente ferita. Dopo questo fatto, la gente ha discusso per giorni se Basaglia aveva ragione o no, se era giusto o sbagliato liberare i matti. Il problema non era più il matto che tenta il suicidio, era il nostro lavoro, il giudizio su di noi, e la lotta per la liberazione del folle dal manicomio era diventata la vicenda di una persona concreta, Rosanna, la ragazza che aveva tentato il suicidio.

NOTE.

- (1). Su questi temi Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia avevano curato un volume collettivo intitolato "La maggioranza deviante" (Einaudi, Torino 1971), con contributi di Jürgen Ruesch, Edwin Lemert e Gianni Scalia, e con una conversazione con Ronald Laing, David Cooper, Leon Redler e altre figure significative del "network di Londra", il gruppo che nel 1967 aveva organizzato a Londra il congresso "La dialettica della liberazione". I due saggi di Basaglia, "L'ideologia della diversità" e "La malattia e il suo doppio", sono inclusi nel secondo volume degli "Scritti" di Basaglia. Il primo con il titolo "La maggioranza deviante" e il secondo con lo stesso titolo. Gli atti del congresso di Londra sono stati tradotti in Italia nel 1969 (a cura di David Cooper, "La dialettica della liberazione", Einaudi, Torino 1969).
- (2). Basaglia racconta questa sua esperienza al Maimonides Hospital di New York in "Lettera da New York. Il malato artificiale", 1969 in: "Scritti", vol. 2, Einaudi, Torino 1981, p. 96.
- (3). Riprende questo concetto la relazione introduttiva al terzo incontro del Réseau internazionale di alternativa alla psichiatria (Trieste, 1977) pubblicata col titolo "Il circuito del controllo. Dal manicomio al decentramento psichiatrico" nel secondo volume degli "Scritti", cit., p. 391.
- (4). Basaglia si riferisce al fatto che da un anno lo Juqueri, che era una spaventosa concentrazione di diciottomila persone, era stato ridimensionato mediante il trasferimento degli internati in vari manicomi e istituti assistenziali.

L'INTEGRAZIONE DELLA PSICHIATRIA NEI PROGRAMMI DI SALUTE PUBBLICA.

San Paolo, Instituto Sedes Sapientiae
21 giugno 1979.

Stasera termina questo primo ciclo di dibattiti. Penso che la cosa più importante accaduta qui non è stato ciò che io ho detto, né le vostre domande e risposte, ma il fatto che ci siamo incontrati per tre sere consecutive e abbiamo fatto delle esperienze. Insieme, abbiamo fatto qualcosa di pratico, di reale: abbiamo discusso della possibilità di realizzare cambiamenti all'interno di noi stessi e nella realtà di questo paese. Non so se voi tutti abbiate coscienza di questo, dell'importanza del fatto che quattrocento persone sono venute qui per tre sere di seguito a discutere non degli affari propri ma di temi che riguardano tutti noi e i nostri paesi. Mi sono ripetuto molte volte, ma penso che le cose sono andate bene e che abbiamo aperto delle prospettive.

Ora non facciamoci bloccare dai problemi tecnici. Un po' per inesperienza, un po' per problemi con il proiettore e perché le diapositive sono sparite, dobbiamo lasciare le immagini alla prossima volta. Andiamo dunque al tema di oggi che dovrebbe essere un riassunto delle serate precedenti, cioè l'integrazione della psichiatria nei programmi di salute pubblica.

Non è facile, in una conferenza, dire come storicamente si è arrivati a questo problema. Come voi sapete, la psichiatria è nata come elemento separato dalla medicina ed è stata integrata successivamente, in modo abbastanza falso, all'interno di ciò che per il pensiero medico è la salute pubblica. Sono stati messi insieme asini e ciuchi, non so chi sia uno e chi l'altro. La medicina ha una sua logica differente dalla psichiatria, ma tutte e due hanno una visione completamente falsa di ciò

che è l'uomo.

La clinica, la medicina clinica nasce in un momento storico nel quale la scienza allarga la sua pratica all'organizzazione della vita dell'uomo. La clinica era nata come cosa morta nelle sale di anatomia, cioè aveva cercato di conoscere il malato attraverso il corpo di un morto, di conoscere non l'uomo vivo ma il morto. E' nel corso della storia dell'anatomia patologica che è stato costruito il modello che i medici studiano per diventare guaritori di uomini. L'uomo è costruito a immagine di se stesso, ma di un se stesso morto. A ben guardare, tutta la clinica si basa sull'anatomia patologica. La vita dell'uomo e la sua organizzazione sociale sono espulse totalmente dal suo corpo malato. Una cosa è il corpo, altra la malattia e altra ancora la vita.

Anche l'ospedale, come costruzione, è un corpo artificiale che contiene altri corpi artificiali. Credo che nessun ospedale funzioni bene: l'ospedale in se stesso è malato. Oggi tutti dicono che l'organizzazione ospedaliera non va bene, ma è difficile uscire da questa gabbia perché così è fatta l'organizzazione della medicina. Sarebbe necessario cambiare la logica della medicina per uscire da questo dramma. Di questo ho tentato di parlare in questi giorni: non siamo soddisfatti né dei medici, né degli ospedali, né della medicina, né del modo in cui si organizzano i servizi di salute pubblica. In verità, non siamo soddisfatti di nulla.

Vediamo ora come la medicina giunge a incorporare la psichiatria. Se la malattia è un fatto organico, la psichiatria non ha niente a che vedere con la medicina. La psichiatria è sempre stata la scienza della follia, con una visione possiamo dire un po' "filosofica" della follia, almeno fino a quando non entra nel gioco del positivismo, cioè fino a quando gli psichiatri non cominciano a creare dei modelli di una mente che non esiste. Come la medicina si è edificata su un corpo morto, così la psichiatria si è costruita su una mente morta. Per analogia, potremo chiamare la psichiatria "anatomia mentale". In questo modo la psichiatria è entrata nello stesso gioco della medicina: il disturbo del comportamento è stato incluso nel disturbo del corpo, corpo e comportamento sono diventati la stessa cosa, e analogamente disturbo del corpo e disturbo della mente sono diventati la stessa cosa, entrambi all'interno della logica positivista del rapporto causa-effetto. Così la psichiatria è entrata con grande enfasi nella medicina, ma non è mai stata ben accettata, è rimasta sempre un po' da parte.

Possiamo dire che, come l'ospedale è la tomba del corpo e della malattia ed è la sconfitta della medicina, il manicomio è la sconfitta della psichiatria. In questi tre giorni ci siamo riuniti per discutere e abbiamo concluso che il manicomio è orribile. Il problema è chiaro per noi. Ma come possiamo uscire dall'ospedale o dal manicomio e dalla loro logica?

Se vi fermate a riflettere su questi giorni, sulle cose belle, entusiasmanti che sono state dette, sulle proposte e sulle esperienze vissute, sarete costretti ad analizzare queste proposte tenendo conto del fatto che fuori di qui esiste lo Juqueri... Perché questa è la realtà. Noi stiamo vivendo un'esperienza di libertà, ma è lo Juqueri che determina tutto, non la nostra buona volontà. Se vogliamo uscire da questa situazione, dobbiamo tentare di costruire un nuovo umanesimo, dobbiamo dare una nuova forma all'uomo, dobbiamo creare i presupposti per cui l'altro uomo non sia un nemico. Il medico è davvero un nemico del folle non perché il medico sia cattivo o perché la medicina sia in sé portatrice di male. E' che tanto la medicina come il medico ripropongono, nel contesto della malattia, la medesima violenza e oppressione che esiste nella vita quotidiana. Che differenza c'è tra il direttore di un ospedale psichiatrico e quello di una fabbrica? Nessuna. Tutti e due hanno una catena di montaggio da far rispettare. Noi non vogliamo la catena di montaggio. Non vogliamo essere capi di una squadra di lavoratori e neppure pastori di anime. Vogliamo essere persone realistiche con posizioni valide, serie, che combattono la logica della divisione del lavoro nel nostro mondo. Per noi, il malato è una persona intera, non un fantoccio. E' una persona reale che soffre e che ha molti bisogni, ma questo non si può coglierlo da una prospettiva genericamente umanitaria, ideale, astratta, ma nelle concrete relazioni del nostro lavoro, nella nostra realtà materiale e storica.

Per il malato come per noi c'è una contraddizione pratica fra ciò che siamo e ciò che ci circonda. E' molto difficile tenere insieme la realtà della quale siamo parte, inclusa la volontà egoista di essere differenti dagli altri, con la volontà di scegliere la trasformazione della realtà. Questa contraddizione spesso non ha soluzione, ed è di fronte a essa che ci troviamo quando ci poniamo

come militanti di un mondo che vogliamo trasformare. E io non credo che questo mondo possa essere trasformato tenendo conto solo del nostro interesse. Dobbiamo tenere conto anche degli altri. In generale, quando si parla del malato mentale, ciò che ho appena detto su questa contraddizione si accentua molto di più, perché la medicina e la psichiatria sono fonte di oppressione e sono un mezzo violento utilizzato dal potere contro gli uomini. Solo se cambia questo tipo di logica la situazione può cambiare. C'è una regola matematica che dice: cambiando l'ordine dei fattori il prodotto non cambia. Ma gli uomini non sono oggetti che possano essere posti in qualunque ordine. Più precisamente, dobbiamo aver chiaro che l'uomo è un animale sociale, è una persona, un individuo, un soggetto. Quando ho di fronte un uomo nella sua dimensione collettiva, sociale, posso risolvere qualche problema materiale. Parlando per assurdo, potrei alimentare tutti gli uomini, offrire casa a tutti, creare condizioni di conforto materiale che possano soddisfare tutti. Tuttavia, il dolore che opprime l'uomo, l'angoscia di ogni giorno nella relazione con gli altri uomini, tutto questo io non posso risolverlo. Questa angoscia esistenziale fa parte dell'uomo, è una realtà, e tale relazione tra l'ordine sociale e la dimensione esistenziale rappresenta la contraddizione e l'opposizione della nostra vita. Non c'è ricetta, né dal punto di vista politico, né a livello di buona volontà, che possa risolvere questa contraddizione. Ma io penso che il significato di queste riunioni, la grande volontà di cambiare le cose, l'ottimismo della nostra pratica, debbano andare al di là dell'egoismo che si trova nelle nostre corporazioni professionali, andare al di là dei nostri interessi, oltre le false giustificazioni che sempre troviamo per non produrre un cambiamento politico reale nella nostra vita. Io non dico che dobbiamo giocare la vita su una speranza futura abbandonandoci a qualche falso profeta, come nel caso della psichiatria potrei essere io... Questo sarebbe un grave errore. La verità sta nella nostra pratica quotidiana, nella rottura dei preconcetti, nel prendere le distanze dal pessimismo della nostra ragione facendoci forza per mettere in atto una pratica ottimista.

DOMANDA: Lei è stato in prigione e l'ha paragonata al manicomio. Desidererei sapere qualche cosa circa la sua esperienza nel manicomio giudiziario.

RISPOSTA: Non ho mai avuto esperienza personale del manicomio giudiziario. La mia conoscenza di quest'ultimo è indiretta. Forse lei può raccontare la sua esperienza e farcela conoscere.

Comunque, il manicomio giudiziario è nato nell'Ottocento. In Italia il suo ispiratore è stato Cesare Lombroso, padre di una psichiatria su base antropologico-criminale, orrendamente reazionario, anche se era un socialista. Era l'epoca del materialismo volgare del socialismo scientifico nel senso positivista della parola. In questo periodo la psichiatria cercava l'omologazione alla medicina attraverso la ricerca di cause della malattia mentale il più vicine alla logica biologica della medicina. Lombroso si incaricò di cercare le origini fisiche della malattia mentale. Egli commise, non so quanto consapevolmente, gravi errori scientifici. Tutta la sua ricerca fu condotta sui criminali, sia da vivi che da morti, dei quali egli cercava caratteristiche somatiche tipiche. Cercava di dimostrare, per esempio, che un certo tipo di criminale ha delle orecchie particolari, appuntite in alto (se ciò fosse vero il nostro ministro Andreotti sarebbe un criminale...). Lombroso diceva anche che dal punto di vista anatomo-patologico i criminali hanno fosse occipitali diverse da quelle degli uomini normali. In un suo libro di medicina legale (1) sono riprodotte fotografie e disegni di persone che sono, secondo la sua teoria, esempi tipici di soggetti criminali. Alcune cose sono addirittura divertenti. C'è, per esempio, la foto di una donna in costume tradizionale con la legenda "tipica donna di bandito sardo". Scientificamente queste cose sono un'assurdità, ma i principi giuridici della medicina legale si basano tuttora su questo tipo di cultura. Non credo che la medicina legale brasiliana sia più avanzata, probabilmente è di tipo lombrosiano.

Nelle perizie psichiatriche c'è una logica, un lessico da psichiatria organica. Per esempio, si parla di comportamento, di personalità "epilettoide". In effetti è vero che vivere con l'epilessia può dar luogo a comportamenti tipici, ma poi da questo la medicina legale crea ciò che viene chiamato il tipo "epilettoide", ovvero uno che non è affatto epiletto ma gli somiglia.

In alcuni processi penali accade che il magistrato chieda una perizia psichiatrica. Perciò lo

psichiatra deve fare una diagnosi, e non può sottrarsi a questa operazione, così come il medico deve fare una diagnosi quando qualcuno, malato o no, lo consulta. A partire dalla perizia, tutto il dibattito si sviluppa secondo una particolare logica. Ad esempio, se si dimostra che al momento del delitto l'imputato era sotto gli effetti di una crisi epilettica, egli non viene giudicato ma viene definito "socialmente pericoloso": secondo la legge deve dunque passare un certo numero di anni in manicomio giudiziario.

E' interessante notare che il reo non viene inviato in carcere perché non può comprendere ciò che significa pena e rieducazione. Viene allora inviato al manicomio giudiziario, dove sotto forma di cura espia in realtà una pena che si capisce ancora meno.

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 morì bruciata, legata al letto di contenzione (2). Ci fu uno scandalo. Il governo promise di chiudere i manicomi giudiziari che naturalmente sono rimasti aperti e funzionanti. Ora, dopo aver conquistato la riforma degli ospedali psichiatrici civili, il movimento che in Italia chiamiamo "Psichiatria democratica" comincia a chiedere l'abolizione del manicomio giudiziario. Sarà una lotta dura e difficile da portare a termine, perché il manicomio giudiziario è garanzia di un luogo dove si possono collocare un certo tipo di persone ritenute pericolose. Il manicomio giudiziario riguarda molto da vicino il carcere, è una sorta di carcere speciale, e le carceri speciali rappresentano una sicurezza per lo Stato.

D: Vorrei sapere ciò che lei pensa delle violenze psicoanalitiche per capire l'angoscia dell'uomo.

R: Anche per la psicoanalisi dovremo fare uso della storia. Non posso dire semplicemente che non sono d'accordo con la psicoanalisi. E' indispensabile una premessa.

La psicoanalisi nasce in un momento storico particolare. A Vienna, all'inizio del Novecento, in un'ora critica per la borghesia, Freud elabora una teoria molto importante che contiene un messaggio preciso per l'uomo: "Tu non riesci a capire te stesso; ci sono cose nascoste che è necessario portare alla luce". Questo messaggio, che tutti conoscono, è stato l'uovo di Colombo. Apparentemente banale ma fondamentale nella storia dell'uomo. L'inconscio diventa l'elemento chiave per capire determinate situazioni di trasformazione dell'uomo, alcune maniere di vivere "sbagliate" per così dire, e prende avvio così un tipo di terapia il cui codice, comprensibile a pochi, è il codice del pensiero borghese. La psicoanalisi insomma crea, utilizza una tecnica che appartiene alla storia della borghesia.

Questa tecnica si dimostra fin dall'inizio come una terapia di classe perché accessibile solo alle poche persone che possono pagare le sedute. Da qui nasce il problema di ciò che io chiamo "la multinazionale della psicoanalisi".

Un altro dato: la psicoanalisi nasce come scienza all'inizio del secolo. Io mi domando: cosa ha fatto la psicoanalisi per il malato mentale del manicomio nel corso di questo secolo? Ha avuto molta importanza nella letteratura, nell'arte, nella storia del pensiero dell'uomo, ma non è mai entrata in manicomio. Anzi, di più: i medici psicoanalisti hanno sempre avuto due modi diversi di curare, uno nel manicomio e l'altro nella tranquillità del loro studio.

Questa, insomma, è la mia interpretazione della psicoanalisi dal punto di vista generale. Può essere giusta o sbagliata, ma la mia impressione è che la psicoanalisi sia una tecnica e, insieme, una teoria che non ha nulla a che vedere con la psichiatria istituzionale. E' una scienza completamente marginale che non entra, non può entrare nella logica dei dibattiti di questi nostri incontri. Io penso che la psicoanalisi in quanto psicoterapia sia utile per risolvere i problemi di alcune persone che hanno denaro e una certa cultura. Sulla relazione fra le angosce personali e la logica complessiva dell'organizzazione sociale e su ciò che la psicoanalisi può fare a questo livello, io personalmente non so che dire.

D: Come affrontare concretamente la situazione brasiliana?

R: Non posso risponderle perché ciò che lei dice va oltre il mio discorso, ma mi pare che possa essere l'inizio di una discussione fra di voi. Lei mi chiede una proposta concreta per affrontare il problema della salute mentale in Brasile, e sarebbe ridicolo che io dessi una risposta per il contesto sociale nel quale voi lavorate. Lei non potrà esercitare la sua funzione di psichiatra se l'istituzione, col tempo, non viene eliminata e se lei stesso non tenta di organizzare una alternativa strutturale nell'ambiente in cui lavora. Varie volte, stasera, ho fatto proposte tecniche di cambiamento della logica della situazione sociale.

Penso sia importante il finale del suo intervento: "Se noi accettassimo ciò che Basaglia ha detto non potremmo continuare a lavorare nell'ambulatorio, dovremmo cambiare la logica del nostro lavoro". Mi pare che questa sia una proposta pratica di lavoro per tutti.

D: Desidererei che lei parlasse un po' di più della legge italiana poiché penso che non tutti qui la conoscano. Come siete giunti alla sua approvazione e quali strumenti avete usato perché fosse applicata?

R: In Italia c'è un proverbio che dice "fatta la legge, trovato l'inganno". Nel maggio 1978 sono state approvate in Italia due leggi fondamentali per la trasformazione della medicina: la riforma della psichiatria e le norme sull'aborto (3). Non penso che la legge sull'aborto debba essere considerata la liberazione della donna, come anche la legge sulla psichiatria non costituisce la soluzione del problema della salute mentale. La cosa importante è che queste leggi sono nate dalla pressione di movimenti popolari che hanno obbligato il parlamento ad approvarle.

La legge sull'aborto è il risultato di una lotta di molti anni. Il movimento femminista, che si è costituito attorno a questa lotta e che è legato ai partiti politici, non è contento di questa legge, chiede una ulteriore trasformazione e una ripresa della lotta. In questo risiede l'importanza di questa legge che stimola la società a prendere coscienza sui problemi della vita delle donne. La gravidanza non è una malattia, ma quando è ricoverata in ospedale la donna incinta diventa una malata, e il movimento femminista non vuole questo. L'aborto è un intervento medico non su una malattia ma su un atto naturale che è innaturale. Per tutte queste implicazioni, la legge è difficile da applicare. Molti medici italiani, adducendo ragioni di coscienza, personali e religiose, si rifiutano di praticare aborti. D'improvviso, i medici italiani sono diventati in maggioranza religiosi. Perché? Perché non possono più fare aborti clandestini a prezzi altissimi. Il movimento femminista ha denunciato molti medici e occupato gli ospedali per esigere l'applicazione della legge. Il risultato di questa lotta è che la legge ora comincia a essere applicata e questo rappresenta una grande conquista sociale, non tanto per l'aborto in sé, ma per il processo di coscientizzazione delle donne. La donna sa che ha un corpo, che è padrona di questo corpo e che può obbligare il medico a esercitare una violenza su di lei perché lei lo vuole.

Parliamo adesso della legge sulla psichiatria, che pure è una legge molto difficile da applicare, innanzitutto perché il pregiudizio contro il malato di mente è secolare e non può essere eliminato con una legge, né con una legge sarà eliminato il problema della follia. I principi di questa legge, come ho già detto, hanno origine da una pratica reale. Il lavoro di quindici anni ha dimostrato che si può vivere senza manicomio, ed è a partire da esperienze pratiche che i legislatori hanno elaborato la legge. Ma è importante sapere che queste esperienze sono state poche e che in Italia ci sono ancora molti manicomi e che non tutte le amministrazioni hanno fatto in questi anni servizi territoriali in grado di seguire la persona che soffre, senza internarla.

Comunque, subito dopo l'approvazione della legge c'è stato un panico generale per il fatto che i nuovi malati non sarebbero più stati accolti in manicomio. Gli ospedali psichiatrici e gli ospedali generali non sapevano che fare. Nella stampa reazionaria sono iniziati gli attacchi, esattamente com'è accaduto per la legge sull'aborto. Ma anche la riforma psichiatrica non è nata in parlamento, per volontà dei legislatori, ma per volontà popolare: le forze democratiche che l'hanno voluta vigilano perché venga applicata. A un anno dalla riforma c'è stato comunque un risultato importante perché un nuovo meccanismo si è messo in moto. Prima della legge, la maggioranza delle persone veniva portata in manicomio contro la sua volontà. Adesso, con la nuova legge, il trattamento

obbligatorio è molto più difficile perché chi lo decide non è più il prefetto, come una volta, ma il sindaco della città, cioè una persona che è stata eletta democraticamente (spero che tra qualche anno questo possa succedere anche a San Paolo...). Il sindaco deve rispondere delle sue azioni a chi lo ha eletto e per questo forse sarà più motivato a curarsi anche dei cittadini malati di mente, o perlomeno sarà più controllato: il gioco della democrazia è questo.

D: Vorrei sapere come viene fatto, anche dai marxisti, lo studio della psicoanalisi, oggi in Italia. Mi chiedo come può essere diffusa la psicoanalisi in tutte le classi, giacché la categoria professionale degli psicoanalisti non è riuscita a raggiungere il proletariato, per il fatto che la loro tecnica è rivolta esclusivamente a chi può pagare.

R: La domanda è molto interessante, ma ha interrotto ciò che stavo dicendo sulla legge italiana che mi pare sconosciuta qui. Sto parlando dei risultati pratici della legge italiana e mi sorprende essere interrotto da una domanda astratta, che pure è interessante anche se molto teorica perché suggerisce che la psicoanalisi non ottiene risultati perché non ha formato tecnici che provengono dalla classe operaia; che la diffusione della psicoanalisi può raggiungere tutte le classi; e che è la categoria professionale che non ha raggiunto il proletariato.

Visto che chi fa la domanda, se già non è psicoanalista, ha comunque un grande amore per la psicoanalisi, mi permetto di interpretare la sua richiesta. Io non sono d'accordo sul fatto che la psicoanalisi possa penetrare in tutte le classi sociali e che i tecnici non siano entrati in contatto con i proletari perché non sono in grado di pagare. La relazione tra psicoanalisi e marxismo è molto importante. Il problema dell'analisi dell'inconscio, la problematica marxista sulla soggettività, il giovane Marx sono tutte cose molto importanti e in Italia vi sono fior di cultori della materia. Ma se continuiamo a parlare di queste questioni andremo molto oltre il tema proposto per queste riunioni, che è l'organizzazione psichiatrica nella città di San Paolo, in Brasile. Questo non significa escludere la possibilità di parlare di teoria, ma io penso che la teoria venga dalla pratica e mi sembra che la pratica della psichiatria brasiliana non consenta di parlare del complesso di Edipo o di temi così poco realistici.

D: La psicoterapia è una tecnica di dominio o lo è diventata?

R: La psicoterapia, in se stessa, non è una tecnica di dominio. Penso che il trattamento psicoterapico è come la relazione medico-paziente, che può essere di dominio o di libertà. Abbiamo detto nel nostro primo incontro che se nella relazione non c'è reciprocità e c'è solo dipendenza, questa psicoterapia o questa relazione sarà solo di dominio, e questo snaturerà la logica della psicoterapia che è un mezzo per aiutare persone che soffrono.

D: Vorrei sapere se in Italia la salute mentale è riuscita a entrare nel sistema generale della salute e se la legge ha avuto la forza di creare un'alternativa che si sostituisce al manicomio.

R: Questa è l'ambizione della legge. Nella pratica di costruzione delle alternative che abbiamo fatto in questi ultimi anni abbiamo dimostrato che è possibile vivere senza manicomi e che la psichiatria, per liberarsi, deve entrare nella medicina generale e la problematica della salute deve essere unica. La legge parte da questa sperimentazione pratica e non da una teoria.

D: Lei ha detto che la medicina e la psichiatria sono nate da concetti legati all'uomo morto, mentre per lei, l'uomo è un animale sociale. Non sarebbe il caso di ripensare lo schema di base e far valere la distinzione fra l'uomo morto e l'uomo vivo?

R: Non so ciò che lei intende per "animale sociale". Per me, è l'uomo oppresso, manipolato, che non può esprimere la propria storicità derivante dalla dialettica delle contraddizioni in cui vive. L'uomo è una contraddizione. E' questa contraddizione che noi siamo che ci fa essere uomini, altrimenti

saremmo animali e noi invece che medici potremmo essere dei veterinari. Allora, da questo punto di vista, non vedo contraddizione se le mie affermazioni lasciano problemi aperti, situazioni irrisolte. Perché la nostra società possa cambiare deve utilizzare un nuovo modello di uomo, un modello molto più dinamico, sul quale fondare una nuova medicina consapevole del fatto che l'uomo oltre a essere un corpo, è un prodotto di lotte, è un corpo sociale oltre che un corpo organico. Ed è su questo corpo sociale che la nuova medicina deve lavorare, non più sul corpo organico.

D: Come si distinguono corpo morto e corpo sociale?

R: Il modello, che è il cadavere, è la parte inattiva dell'uomo ed è lo schema ufficiale della medicina. Quando io prescrivo medicine, e so che questo è sbagliato, io sto agendo sul corpo morto e non sul corpo che cambia. Nello stesso tempo io so che devo trovare un altro schema che ancora non ho.

D: Mi sembra che voi vogliate cambiare lo schema che parte dal corpo morto.

R: Questa precisazione si collega a quanto ho già detto e la mia risposta sarà molto breve. E' stata molto felice la definizione data adesso del nostro lavoro: noi vogliamo cambiare lo schema che fa del malato un corpo morto, e tentiamo di trasformare il malato mentale morto nel manicomio in persona viva, responsabile della propria salute. Non lasciamo la persona che sta male nelle mani del solo medico, ma cerchiamo di costruire un nuovo schema di vita insieme con altre persone, che non sono solo malati. Quando cerchiamo di coinvolgere la comunità nella cura del paziente, stiamo tentando di eliminare il corpo morto, il manicomio, e di sostituirlo con la parte attiva della società. Questo è il modello che proponiamo e che è disfunzionale alla logica della società in cui viviamo. Tanto che l'autorità politica, sociale e amministrativa ha tentato di impedire il nostro lavoro. Questo mi pare un tentativo di cambiare la logica del nostro essere medici.

D: Vi sono altre esperienze come la sua?

R: Il mondo è pieno di tentativi di questo tipo. Oggi io ho visitato una comunità psichiatrica che tenta di cambiare la logica del sistema. In tutti i paesi si tenta di far questo e non solamente in relazione alla psichiatria, ma a tutte le istituzioni dello Stato. Non dobbiamo dimenticare che nel Sessantotto ci sono stati dei movimenti molto importanti. Il mondo sta cambiando e, a dispetto dell'impressione che ci sia qualche regressione, possiamo dire che la situazione è promettente.

D: La sua proposta, oltre che rivoluzionaria, è di incitamento per noi tecnici della salute. Noi, chiaramente, dobbiamo prendere coscienza della nostra condizione di tecnici.

R: Anch'io sono un tecnico e, come medico, invito i medici a uscire dal proprio ambulatorio privato. Questo può portare una speranza di cambiamento nell'organizzazione sociale, e al medico deve essere data la possibilità di guadagnare un salario sufficiente in modo da non aver bisogno dell'ambulatorio privato. Io sono direttore di un ospedale psichiatrico e guadagno un salario ridicolo, se paragonato al guadagno dei medici privati, ma che mi permette di vivere senza ambulatorio. Noi vogliamo un cambiamento nelle organizzazioni pubbliche affinché i medici possano vivere degnamente.

NOTE.

(1). Basaglia si riferisce al libro di Cesare Lombroso "La medicina legale delle alienazioni mentali studiate col metodo sperimentale" pubblicato per la prima volta nel 1865. Per approfondire la riflessione di Basaglia sul manicomio giudiziario e sulle problematiche tra psichiatria e giustizia si

vedano nel secondo volume degli "Scritti", cit., la prefazione a "La marchesa e i demoni" (p. 209) e i saggi "La giustizia che punisce. Appunti sull'ideologia della punizione" (p. 185) e "Psichiatria e giustizia. Appunti su psichiatria e criminalizzazione del bisogno" (p. 222).

(2). Si tratta della signora Albina Bernardini, morta bruciata nel letto di contenzione il 5 marzo 1975 nel manicomio giudiziario di Pozzuoli, che fu chiuso dopo qualche tempo.

(3). La legge n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari e obbligatori" è stata approvata il 13 maggio 1978 mentre la legge n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza" è stata approvata il 22 maggio 1978.

SALUTE E LAVORO.

San Paolo, sede del Sindacato dei lavoratori delle industrie chimiche e farmaceutiche
22 giugno 1979.

Vorrei chiarire che io non sono un sindacalista, sono un medico che lavora in una società in cui la divisione del lavoro è un elemento fondamentale per capire la condizione di chi lavora. Questo pone il tecnico in una posizione che non è puramente tecnica ma che è anche politica, posizione che egli deve capire per capire il senso del proprio lavoro.

Come medico e psichiatra manicomiale, vedo che i miei malati sono tutti lavoratori e poveri. Allora mi chiedo: perché? E perché il mio intervento deve essere esclusivamente tecnico e non deve prendere in considerazione il fatto che i miei malati sono tutti poveri e distrutti dall'istituzione? Queste domande pongono il medico in una situazione di confronto con il potere, situazione che non tutti accettano. Molti tecnici infatti si limitano a esercitare la loro funzione specialistica e non vanno oltre.

Questo atteggiamento non si verifica solo nel campo della medicina, riguarda tutte le professioni. Per esempio, un ingegnere, un architetto, un chimico possono anche essere dei buoni tecnici, ma se esercitano la loro professione senza avere coscienza di come si stabiliscono le relazioni di lavoro, senza aver coscienza di cosa è il lavoro, allora credo che in realtà siano dei cattivi tecnici.

Questo problema è ancora più grave in quanto non tocca solo i tecnici ma anche i politici e i sindacati, i quali generalmente non capiscono la relazione esistente fra il problema della salute e il problema del lavoro. Ci sono partiti politici che si preoccupano dei problemi strutturali dello Stato e non prendono in considerazione problemi fondamentali della vita dell'uomo come la sua esistenza e la sua salute. Questo non è un problema del sindacato brasiliano o dei partiti di sinistra dei vari paesi europei: è un problema generale, perché è molto difficile per il politico comprendere le connessioni fra il problema della salute e la politica.

Per molti anni i partiti politici e i sindacati hanno fatto legislazioni mirate ad aumentare il salario del lavoratore. Questo è senza dubbio molto importante, ma purtroppo per molto tempo neppure è stato preso in considerazione il problema di trasformare il luogo di lavoro, la fabbrica, la quale paga poco, è strumento di alienazione e fa anche ammalare, per via delle condizioni di lavoro. Questo problema fondamentale non è preso in sufficiente considerazione dai partiti politici e dai sindacati che pure vogliono l'emancipazione del lavoratore. Il sindacato e i partiti politici hanno due preoccupazioni fondamentali: la prima è quella di fare una politica sindacale che risponda alle necessità del lavoratore dal punto di vista materiale; la seconda è la paura di perdere le iscrizioni al sindacato, le tessere del partito.

Per molti anni in Italia i sindacati non hanno preso posizione di fronte ai grandi problemi della salute, legati ai problemi della struttura assistenziale pubblica. Il problema della salute ha cominciato a emergere grazie all'azione di movimenti di pressione extra-sindacali ed extra-partitici. Uno di questi è stato il movimento che ha investito la psichiatria. L'azione pratica che noi abbiamo sviluppato per la trasformazione istituzionale della psichiatria ha avuto un ruolo importante nello stimolare in Italia una presa di responsabilità da parte dei partiti di sinistra e dei sindacati verso i

temi della salute. Questo ha stimolato la comprensione di un concetto fondamentale: che tutta la vita sociale è segnata dalla divisione del lavoro, attraverso la quale il potere può continuare a schiavizzarci. Se esaminiamo i meccanismi di funzionamento delle istituzioni, vediamo che tendiamo a subire, ad accettare acriticamente la divisione del lavoro. Per questo dobbiamo prendere coscienza di questi meccanismi, analizzarli, capirli.

C'è stato un fatto molto importante in Italia e in Europa in questi ultimi anni: la presa di coscienza dei lavoratori sulla propria oppressione nel mondo del lavoro. E' accaduto durante la grande rivolta del Sessantotto, questo fuoco che ha percorso tutto il mondo: la rivoluzione culturale in Cina, le rivolte in Europa e in America. Anche in Brasile c'è stata una rivolta contro l'autoritarismo. Tutte queste situazioni hanno dato nuovi contenuti alle lotte dei lavoratori. Voi sapete bene quali sono stati i temi del Sessantotto: la lotta contro l'autoritarismo, contro l'oppressione, contro il mondo delle istituzioni... Non voglio dire che le lotte di quegli anni siano state lotte contro la struttura della società. La rivoluzione dei giovani voleva apparentemente la trasformazione, il rovesciamento della logica del potere, ma in realtà era una lotta contro le istituzioni, dalla famiglia al carcere. Ma anche questo è stato importante, per la presa di coscienza politica delle organizzazioni sindacali soprattutto. Dopo la grande fiammata che invase l'Europa, ci sono stati, per esempio in Italia, grandi scioperi per il diritto alla salute che hanno coinvolto lavoratori di tutte le organizzazioni sindacali, per chiedere che l'organizzazione sanitaria fosse modificata in funzione dei bisogni del lavoratore.

Perché un sindacato abbia una grande forza deve basarsi su masse di lavoratori che siano capaci di pensare e che abbiano un salario decente. Penso quindi che il sindacato debba costituirsi e rafforzarsi come organizzazione che ha peso contrattuale e forza politica ma credo anche che il sindacato debba creare nel lavoratore una coscienza di sé, facendogli capire che non è solo un lavoratore ma anche un uomo. Stato e governo non danno questo genere di coscienza al cittadino, chi può dargliela sono le organizzazioni che vogliono l'emancipazione dell'uomo: sindacati, partiti e organizzazioni popolari.

Per chiarire questo punto, devo tornare al problema del mio ruolo di medico. Quando rifiutiamo la logica del manicomio perché reprime e distrugge il malato, noi cambiamo le condizioni di vita del malato, gli diamo una situazione di vita normale, cioè mangiare, dormire, bere in un modo che definirei "corretto", cioè non da prigioniero, da campo di concentramento, da lavori forzati. Quando facciamo questo, noi creiamo un uomo che ha la possibilità di rapportarsi con altri uomini, non un bruto come vorrebbe il padrone ma un uomo informato, cosciente, capace di discutere. In questo senso siamo, possiamo dire, i "sindacalisti" dei nostri malati perché cerchiamo di dar loro, attraverso un cambiamento di vita, e anche attraverso un reddito, una coscienza di uomini, la coscienza di un modo nuovo di rapportarsi agli altri. In questo processo il medico non è solo un tecnico, un esperto. Il medico è colui che dà le medicine, ma soprattutto è una persona che può dare un senso alla vita del malato in quanto riesce ad avere una relazione diversa con lui. C'è quindi un fondamentale significato politico nella nostra azione, che va oltre la divisione del lavoro fra tecnica e politica.

Quando abbiamo capito questo, si trasforma anche la relazione con l'organizzazione politica e sindacale e con le persone che ne fanno parte. Noi abbiamo visto che il nostro lavoro pratico e la nostra lotta per cambiare il significato del nostro lavoro hanno trasformato poco a poco la logica dei sindacati. Il parlamento ha votato, meno di un anno fa, una legge di riforma sanitaria che ha avuto il consenso di molti partiti politici e dei sindacati. E i sindacati, che oggi in Italia hanno un potere crescente nei confronti del governo, hanno un ruolo fondamentale in questa riforma. L'Italia non è un paradiso, anzi la situazione politica in questo momento è difficile, ma i sindacati hanno un potere reale per far fronte alla crisi che l'Europa sta vivendo e aprire la strada a delle soluzioni. Il problema è evidentemente politico e noi siamo impegnati e alleati con i sindacati, perché vogliamo, uniti, cambiare la qualità della vita. Questo sarà possibile solamente se prenderemo coscienza che questa vita non è quella che vogliamo. Noi non vogliamo fare nessuna rivoluzione, però vogliamo cambiare radicalmente la relazione che c'è tra di noi. E quando dico noi, mi riferisco a tutti i compagni, sindacalisti e non, tecnici, lavoratori che vogliono cominciare una lotta con il potere.

Noi vogliamo cambiare questa società dove l'omicidio, per esempio in fabbrica o sul lavoro in

generale, è legalizzato. Si dice che il malato mentale è pericoloso e può uccidere. Ma se il padrone costruisce un'impalcatura non protetta e l'operaio cade e muore, chi dei due è più pericoloso? Dobbiamo essere contro questa società che distrugge la persona e uccide chi non ha i mezzi per difendersi. In un certo senso, viviamo in una società che sembra un manicomio e siamo dentro questo manicomio, internati che lottano per la libertà. Ma non possiamo sperare nei liberatori, perché se speriamo in loro saremo ancora una volta imprigionati e oppressi. E' la stessa storia dell'operaio che non può sperare che la direzione del sindacato lo liberi. E' lui stesso che deve lottare e dare ai dirigenti del sindacato gli elementi per liberarlo. E' questa la nostra funzione di leader in una società in cambiamento. Dobbiamo capire insieme con gli altri quello che dobbiamo fare e non dirigere gli altri in un modo o nell'altro, perché facendo così saremmo noi stessi nuovi padroni.

D: In Brasile esiste una commissione intersindacale permanente per la salute del lavoratore, composta da una cinquantina di sindacati. Il lavoro di questa commissione, relativamente recente, è più o meno all'interno della prospettiva che Basaglia ha posto, la prospettiva della modificazione dell'ambiente di lavoro, che noi crediamo debba costituire la rivendicazione più importante della classe operaia nei prossimi mesi. In un paese con caratteristiche di sottosviluppo come il nostro le cose accadono rapidamente. In un tempo relativamente breve si sono costituite una serie di organizzazioni e una di queste, in modo davvero nuovo per il nostro paese, ha preso posizione nella lotta per la trasformazione dell'ambiente di lavoro. Questa lotta è molto dura perché le condizioni di lavoro sono molto precarie: il Brasile ha uno dei più alti indici al mondo di incidenti sul lavoro. Perciò questo movimento, che ha avuto inizio da pochi mesi, sta prendendo molta forza, e allo stesso tempo incontra molti ostacoli. Noi non abbiamo dubbi che potrà realizzare vittorie e conquiste solo nella misura in cui il movimento operaio saprà lottare in modo unitario. Io non so se noi possiamo costruire una nuova società in un modo armonico, senza una rivoluzione, anche se il concetto di rivoluzione ha vari significati e interpretazioni... Ad ogni modo, la realtà nel nostro paese è molto dura. Il movimento sindacale in Brasile è un movimento ancora fragile e il governo, con i poteri che detiene, può attuare ingerenze nei sindacati quando vuole. L'inquadramento dei tecnici liberali in questa lotta è comunque un buon inizio.

R: Non vorrei dare una risposta, ma ringraziare il compagno per la lezione politica che ci ha dato. Penso che abbia detto anche ciò che io non ho detto. Non si può pensare a una soluzione del problema della salute se questo problema non sarà portato avanti dalla classe operaia, se non sarà il risultato della lotta della classe operaia. Se questo problema non viene preso in mano dalla classe operaia, se resta solo nelle mani dei tecnici, il nostro futuro sarà molto oscuro.

D: Vorrei sapere se Basaglia pensa che la follia stia aumentando nel mondo.

R: Un aumento delle malattie mentali non vuol dire necessariamente un aumento della follia... Io credo che la logica dell'organizzazione sanitaria brasiliana porti molte persone a rifugiarsi nella malattia mentale. La malattia mentale in Brasile, per quel che ho capito, è un grande affare. Ci sono cliniche private che vivono sui matti: più matti, più soldi. Questa è una via per distruggere innanzitutto il lavoratore che, in questo modo, non può prendere coscienza del suo disagio, della sua sofferenza e non può combatterla. Così, invece di diminuire, il numero dei malati mentali aumenta, grazie a questi imprenditori della follia. I loro tecnici conniventi non sono certamente gli alleati di cui la classe operaia ha bisogno.

Io posso suggerire, come forma di lotta nel campo della salute mentale, che i sindacati si impegnino a fare in modo che le istituzioni di ricovero per malati di mente siano pubbliche e non private. Le istituzioni pubbliche possono essere controllate dalla classe operaia, mentre quelle private evidentemente no. Voi mi direte che esistono istituzioni pubbliche dove non esiste alcuna forma di diritto, come è il caso dei manicomi tipo lo Juqueri, che internano i più poveri, il sottoproletariato: e sono convinto che nessuno di voi pensa che si debbano aprire altre istituzioni del tipo Juqueri. Ma

già il fatto che lo Juqueri possa trasformarsi perché la classe operaia lo vuole, modificherà la logica dell'assistenza psichiatrica. Quando in Italia abbiamo preso come punto centrale della lotta non le case di cura private ma i manicomi pubblici, allora ha cominciato a modificarsi la logica non solo dei manicomi ma dell'intera assistenza psichiatrica, specialmente perché la lotta si è fondata sulla presa di coscienza di tutti coloro che lavoravano nei manicomi e non solo dei medici.

D: Lei ha parlato della trasformazione dell'istituzione pubblica come alternativa per avviare il cambiamento dell'assistenza medica. Io lavoro in una istituzione pubblica e ritengo che questo cambiamento non possa avvenire isolatamente, cioè senza altri cambiamenti nella struttura sociale. Come si è realizzato in Italia questo cambiamento?

R: In Italia la trasformazione "istituzionale" è avvenuta senza che ci sia stata una trasformazione "strutturale". Questo è l'aspetto originale della nostra lotta, che noi abbiamo chiamato lotta "antistituzionale", e che potremmo anche definire "sovrastrutturale". Il problema è se viene prima l'uovo o la gallina... Sperare che i tecnici cambino significa aspettare l'anno del mai, e dunque sarebbe necessario cambiare la struttura della società per far cambiare i tecnici... Ma la struttura della società non cambia perché, come la logica del mondo in cui viviamo dimostra, il capitalista non vuole assolutamente perdere i suoi privilegi. Allora bisogna pensare a un altro modo di lavorare per il cambiamento.

Per esempio, oggi c'è nel mondo una nuova moda, quella dei diritti umani. Alcuni democratici americani, Carter in particolare, vanno denunciando che i diritti umani sono sempre più schiacciati. C'è da domandarsi da che parte viene questa denuncia... Noi invece quando parliamo di diritti umani, vogliamo, dobbiamo parlare realmente di diritti umani. Per questo quando noi medici, infermieri, assistenti sociali, lavoratori vediamo le condizioni in cui vivono i nostri pazienti, non possiamo far altro che ribellarci perché è una situazione in cui i diritti umani sono realmente calpestati. Quindi il nostro dovere di tecnici è informare l'opinione pubblica del modo in cui sono dirette queste strutture. Questo è importante perché le persone prendano coscienza di essere violentate anziché essere curate. Ma lo scandalo di per sé non fa andare avanti le cose perché alla fine significa solo più vendite per i giornali: in tutti i giornali del mondo negli ultimi anni sono state denunciate le condizioni dei malati di mente nei manicomi, anche in Brasile, ma mi pare che sia cambiato ben poco con queste denunce. Il problema è che mentre denunciavamo questi fatti dobbiamo anche cambiare la realtà della nostra vita professionale. La denuncia deve essere pratica, reale, deve essere cioè una pratica di cambiamento.

E' così che rispondo alla sua domanda. Se la struttura non cambia è lei che come operatrice deve cambiare, cambiando il suo lavoro e la sua pratica, aiutando la presa di coscienza del suo paziente, sviluppando i suoi strumenti critici (siamo bravissimi nella critica, meno nell'autocritica...). Noi diciamo: la struttura è molto forte, non possiamo farci nulla ma è indispensabile fare subito qualcosa. E' necessario che noi come tecnici ci uniamo alla classe che vuole realmente l'emancipazione della società, cioè alla classe operaia. Perché se non c'è la classe operaia che porta avanti il nostro discorso noi finiamo col fare i predicatori, i santi...

D: Noi sappiamo che il salario che i lavoratori percepiscono è motivo di follia, e non solamente nella classe operaia. Da recenti statistiche ufficiali risulta che l'impiegato pubblico è la parte della categoria più rassegnata e meno remunerata; secondo queste statistiche sembra che in Brasile il salario minimo sia tra i più bassi del mondo. Io credo che questo faccia impazzire quasi tutti i lavoratori delle fasce più basse di salario: sarebbe giusto documentare la gente sulle differenze tra il mondo socialista e il mondo capitalista. Le cose che accadono qui da noi le sappiamo: un tale, per esempio, ha ucciso la moglie e il figlio e non so quanti altri perché era diventato matto, ma non si parla di questa follia dovuta alla povertà. Non so se si può rispondere a questa domanda, ma è possibile che nel mondo capitalista l'indice di pazzia sia maggiore che nel mondo socialista?

R: Quando lei parla di follia dovuta alla società usa la parola follia in un senso "storico", e questo è

molto importante, soprattutto perché questa analisi viene da un lavoratore e da un uomo impegnato nel sindacato. Lei insomma sta usando un concetto di follia che non è lo stesso dei medici ed è più giusto e più reale. La follia cui pensano i medici può essere affrontata solo con farmaci, elettroshock, insulina eccetera. Il fatto che lei esponga questo suo concetto e mi domandi come nasce la follia, è un passaggio fondamentale perché noi insieme vogliamo lottare contro la follia e contro la malattia mentale.

Perché i giovani si drogano? Semplicemente perché non accettano questa vita, ne vogliono un'altra e noi dobbiamo creare questa nuova vita per i giovani e per noi, evidentemente. Il problema della droga fa vedere una cosa curiosa prodotta dal capitale: la droga viene messa sul mercato e nello stesso tempo combattuta. Ma è una lotta falsa perché, in verità, la sua presenza sul mercato è una forma di controllo. Il problema dell'alcolismo dimostra questo fatto ancora più chiaramente: si produce una grande quantità di alcool e allo stesso tempo si combatte l'abitudine di bere. E' una contraddizione, ma la società capitalista è caratterizzata anche da queste contraddizioni. Alla seconda domanda, sugli indici di follia nei paesi capitalisti e socialisti, è difficile rispondere. Negli ultimi anni c'è una grande polemica sui gulag sovietici, cioè sui manicomi politici sovietici. Io considero un grave errore dell'Unione Sovietica non essere stata capace di controllare in modo diverso il problema della dissidenza. Certamente non sono d'accordo con l'Unione Sovietica che criminalizza i dissidenti e li mette in manicomio, certamente sono contro i gulag sovietici.

Sulle differenze fra il mondo capitalista e il mondo socialista bisogna dire che nel mondo socialista non esiste fame, le persone lavorano e mangiano. Basti pensare a Cuba, che è stato il luogo più saccheggiato dagli Stati Uniti. Se la vediamo adesso, dopo trenta anni, sappiamo che non è un'isola felice ma è comunque un posto in cui tutti sanno leggere e scrivere, tutti lavorano, tutti hanno la speranza e la possibilità di vivere meglio, in un modo o nell'altro. Ma anche a Cuba ci sono limitazioni della libertà: la dissidenza politica per esempio è sorvegliata, repressa. Dobbiamo scegliere un capitalismo selvaggio o un socialismo che non si è realizzato come l'immaginavamo? Né l'uno né l'altro io credo. Visti questi errori, dobbiamo cercare una via nostra: la via brasiliana, la via italiana, la via americana, ossia la via per rispondere alle necessità dei nostri paesi, alle necessità della classe operaia brasiliana, italiana e così via. Dopo aver fatto questo, potremo essere internazionalisti. In caso contrario, il nostro internazionalismo sarebbe assolutamente astratto.

Comunque ci tengo a dire che io sono per un mondo socialista, a patto che sia sempre mantenuta la possibilità di critica.

D: Credo che in questa sala ci sia un desiderio reale di sapere cos'è la follia in un sistema che non sia quello capitalista. Allora, la follia esiste nei paesi socialisti? Qual è la sua diffusione e come si può interpretare questa follia in un paese socialista?

R: Nei paesi socialisti la follia esiste perché questa è la condizione umana. Come esiste la ragione esiste anche la "sragione". Certamente una delle terapie più importanti per combattere la follia è la libertà. Quando un uomo è libero, quando ha il possesso di se stesso e della propria vita gli è più facile combattere la follia. Quando parlo di libertà, parlo della libertà di lavorare, di guadagnarsi da vivere, e questa è già una forma di lotta contro la follia. Quando si ha la possibilità di rapportarsi con gli altri in modo libero, anche questa è già una lotta contro la follia. Certamente, la follia si evidenzia più facilmente in una vita inquieta, tesa, oppressiva e violenta come la nostra. Oggi lo vediamo in vari modi: in strada incontriamo a ogni passo persone che non hanno un tetto, persone marginali. Oggi c'è la follia del vivere: noi viviamo come folli, forse neppure sappiamo se siamo folli o no. Il fatto di riunirci qui per discutere di follia in un mondo folle potrebbe essere una follia... Nel mondo socialista, da un lato c'è più rispetto per la vita umana, ma, d'altro lato, se manca la possibilità di esprimersi, può nascere un'altra follia. Per esempio, la questione del gulag sovietico dimostra la mancanza di libertà che impedisce all'uomo di esprimersi, di esprimere la sua ragione. D'altro lato, bisogna capire come approfondire questa questione senza cadere in atteggiamenti passionali perché questo ci porterebbe a commettere errori. Io sono un comunista, ma un comunista che fa autocritica, e ci sono molti che non la fanno. In questo senso, io considero i paesi socialisti in

un modo più critico rispetto alla valutazione che questi paesi fanno della propria politica. Anche l'Italia la vedo criticamente, come un paese falsamente democratico, con il suo capitalismo per così dire "semiselvaggio". Verrebbe voglia di andarsene ma non saprei dove, perché "se non è zuppa è pan bagnato", come si dice in italiano.

STRUTTURA SOCIALE, SALUTE E MALATTIA MENTALE.

San Paolo, Teatro de Cultura Artistica
22 giugno 1979.

Questo è l'ultimo incontro di questa serie di dibattiti cui spero seguiranno altri. E' molto importante per me il fatto che voi esistiate, è importante sapere che mentre si cerca di cambiare la propria vita, in altri paesi altre persone cercano di cambiare la propria esistenza. Questo è il solo modo per avvicinarsi a una alternativa all'oppressione istituzionale.

Il problema dell'oppressione, dell'istituzionalizzazione non riguarda solo il malato mentale o il manicomio ma la struttura sociale nel suo complesso, il mondo del lavoro in tutte le sue articolazioni. La fabbrica in cui l'operaio lavora è alienante quanto il manicomio; il carcere non è un luogo di riabilitazione per il detenuto ma un luogo di controllo e di annientamento; l'università e la scuola, che sono tra le istituzioni più importanti della società, non insegnano nulla né ai bambini né ai giovani, sono solo un punto di partenza o una sala d'attesa prima di entrare nel gioco della produttività. I bambini entrano a scuola a sei anni, a diciotto vanno all'università e a ventiquattro, venticinque anni sono pronti per l'organizzazione produttiva. Mi piacerebbe davvero sapere che cosa hanno imparato nel frattempo. Chiaramente, se appartengono a una determinata classe sociale, hanno imparato a esercitare il potere, a dare ordini e contrordini a quelli meno fortunati, di altra origine sociale, che magari sono entrati nel mondo della produzione molto giovani o addirittura bambini. E' la logica della struttura sociale in cui viviamo. Le istituzioni di cui abbiamo parlato altro non sono che una rete destinata a difendere la struttura dello Stato, servono cioè allo Stato non al cittadino. Evidentemente, in una situazione come questa, o eliminiamo queste istituzioni o le trasformiamo perché diventino utili ai cittadini, perché rispondano ai loro bisogni.

Ho iniziato con questo ragionamento per mettere in evidenza ciò che penso, ciò che il nostro gruppo pensa delle istituzioni. Abbiamo parlato anche troppo nelle altre riunioni del fatto che il manicomio non serve a curare la malattia mentale ma solo a distruggere il paziente, a controllare la sua devianza, la sua improduttività. L'altro giorno ho parlato anche dell'ospedale generale facendo un confronto con l'ospedale psichiatrico. Credo che in fondo non ci sia una vera differenza fra i due perché la logica della relazione fra medico e malato è sempre la stessa, la dipendenza del malato dal medico. Evidentemente non si tratta di una relazione di reciprocità, e se non c'è reciprocità non c'è libertà fra due persone. Il problema diventa come cambiare questo tipo di relazione.

Penso che possiamo cambiarla nel momento in cui capiamo ciò che determina questa relazione di potere. Possiamo parlare della scuola, dell'università, del carcere, dell'ospedale e anche della famiglia. In tutte queste istituzioni esistono due poli, uno che domina e l'altro che è dominato. Prendiamo per esempio la relazione fra padre e figlio. Il figlio è piccolo e il padre è grande, non solo fisicamente ma grande nella fantasia che il figlio ha del padre. Il bambino fa riferimento al padre e gli domanda il perché di ogni cosa. Certamente un atteggiamento pedagogico corretto sarebbe quello di iniziare ogni volta una discussione per svelare il mondo al ragazzino. E invece nella maggioranza delle famiglie, se non in tutte, la risposta dei genitori è "mangia e stai zitto". Così il ragazzino si abitua fin dall'infanzia a introiettare questa relazione di potere e a mettersi in una posizione di inferiorità, aspettando il momento in cui potrà, a sua volta, dominare il figlio. E' una reazione a catena che non finisce mai. Nella relazione uomo-donna vediamo che l'uomo domina la donna e tutti conoscono questi meccanismi, il meccanismo del potere è il problema fondamentale nel rapporto fra uomo e donna.

Anche nella scuola si riproduce questo stesso meccanismo di potere. Per esempio, quando il maestro insegnando l'aritmetica spiega che uno più uno fa due e i bambini più vivaci domandano perché, se il professore è stato educato nel modo che abbiamo appena visto, non sa rispondere e impone il silenzio. Così anche il maestro trasmette al bambino la logica del potere e dell'oppressione. Il problema è che il maestro non sa che la sua libertà come maestro è quella di insegnare che uno più uno può fare non due ma tre... Forse voi state pensando che sono matto, ma se questo è vero in matematica, e vi assicuro che lo è, a maggior ragione è vero nei rapporti reali, che non sono certo un gioco di somme ma un prodotto storico-sociale, per cui ciò che oggi è due domani può essere dieci.

Ciò che oggi mettiamo in discussione nei rapporti di cui abbiamo parlato è un problema, una contraddizione ben precisa, la contraddizione fra sapere e potere. L'insegnante ha alcune conoscenze ma soprattutto ha potere. La sua funzione è quella di mantenere viva questa contraddizione con l'alunno per trasmettere, attraverso questa contraddizione, il suo sapere.

Su questo terreno della scuola e dell'università c'è una vicenda americana molto interessante. Un gruppo di studenti fu intervistato sulle motivazioni che li avevano spinti a studiare medicina. La maggior parte rispose di avere fatto quella scelta per motivazioni sociali, pensando di poter essere utile agli altri, di rispondere ai bisogni delle persone, di acquisire conoscenze che potevano essere diffuse socialmente. Sei anni dopo, alla fine degli studi, furono nuovamente intervistati. Il risultato fu che quelle stesse persone ora volevano la laurea solo per far soldi. I sei anni di studio universitario avevano annullato le loro buone intenzioni e avevano creato i medici che incontriamo tutti i giorni in America, Brasile, Italia, Inghilterra eccetera, i medici che vendono la medicina, se stessi e il corpo dei malati. Questo per far vedere la relazione tra sapere e potere nel caso del medico, cioè come il sapere diviene potere e viceversa.

Un altro caso tipico è quando il parente di un malato si rivolge al medico per sapere come sta il suo congiunto e il medico gli risponde in un linguaggio incomprensibile. Questa è una reazione di difesa del medico, è la conservazione del suo sapere attraverso una relazione di potere che alla fine è l'unica verità del suo sapere. Questo è vero in tutta la medicina dove per esempio il mal di testa si chiama "cefalea". Scusatemi se gioco un po' con questi esempi, ma io credo sia bene violentare i medici perché non si capisce perché il medico debba rapportarsi agli altri umiliandoli. La relazione di potere è uno strumento fondamentale di fronte all'impossibilità di risolvere la contraddizione fra il potere e il sapere del tecnico. Tutto questo non cambierà finché il tecnico non avrà sottoposto a verifica la sua scelta della professione, le ragioni di questa scelta. Senza questa verifica, il mal di testa sarà sempre cefalea, il padre dirà al figlio "mangia e stai zitto", l'uomo continuerà a dire alla donna "ti amo" quando in pratica non sarà vero. Finché non cambia la relazione di potere, non potranno cambiare le condizioni della salute, della vita. Saremo sempre più malati, sempre più folli, sempre più bambini e non saremo mai persone, perché chi comanda determinerà sempre il nostro pensiero in un'unica direzione, e uno più uno farà sempre due. Nei precedenti incontri abbiamo parlato dell'ottimismo della pratica, e in quest'ottica io penso che potranno cambiare i rapporti di potere e l'organizzazione sociale, perché il potere non potrà più sopportare le proprie contraddizioni. Noi che sosteniamo "l'ottimismo della pratica" vogliamo sconfiggere definitivamente i tecnici che lavorano nella logica che abbiamo chiamato del "pessimismo della ragione". Lasciamoci con questa speranza che in futuro possiamo organizzare un mondo migliore.

DOMANDA: Vi sono in Brasile gruppi a sfondo religioso che usano tecniche di condizionamento della volontà. Pensa che si tratti di malati di mente?

RISPOSTA: Nell'ottica della psichiatria tradizionale dovrei rispondere di sì alla sua domanda, e potrei anche citare vari trattati di psichiatria. Nella storia ci sono stati dei movimenti "mistici" che volevano migliorare la vita attraverso le tecniche di cui lei parla. Tuttavia, credo che oggi sia molto difficile imporsi norme e condotte di vita, e questo vale anche per il malato. Invece è più facile per un gruppo dirigente riuscire a realizzare strumenti per guidare, manipolare l'opinione pubblica. Per esempio, lei è certamente al corrente di ciò che è accaduto in Iran negli ultimi tempi: c'è stata una

rivoluzione giusta che ha rovesciato il regime dello scià di Persia, ma non possiamo non chiederci come il popolo è stato motivato a questa rivoluzione. I capi religiosi hanno sollecitato il popolo iraniano con appelli mistici, usando alcune volte tematiche deliranti pur di distruggere l'impero dello scià. In altri termini, questa rivoluzione è stata fatta in maniera totalmente adialettica, ossia senza alcun rapporto critico tra le ansie del popolo e tutto quell'apparato ideologico che acutizzava i problemi dell'Iran. Oggi gli ayatollah e l'Iran subiscono le conseguenze di questa rivoluzione adialettica. Il delirio mistico, come il delirio in generale, è una situazione adialettica, che poi non riesce a trovare il modo di far fronte alla realtà. Da questa incapacità a confrontarsi col reale può nascere l'internamento nel manicomio, perché la persona che delira è ostinata, non sente ragioni. Ma penso che sia difficile internare in manicomio un paese intero e penso anche che sia molto difficile affrontare il problema dell'Iran, mistico come oggi, per ricondurlo a una logica politica dialettica.

D: Vorrei sapere come il suo lavoro nelle istituzioni si rapporta con ciò che succede oggi in Italia a livello politico generale.

R: Il nostro lavoro nasce fin dall'inizio in una prospettiva di trasformazione dell'uomo. Abbiamo tentato per così dire di "umanizzare" l'istituzione, e questo ci ha aiutato a chiarire e a verificare teoricamente la nostra posizione di tecnici di fronte non solo alla malattia ma anche alla struttura politico-sociale in cui viviamo. Abbiamo cercato di cambiare il nostro ruolo rifiutando quello che il potere ci aveva dato e cercando invece di assumere il ruolo che ci veniva dato dal rapporto con i nostri pazienti e con le organizzazioni popolari che rappresentavano i loro interessi. Per essere chiari: io credo che i sindacati e i partiti di sinistra rappresentino l'organizzazione del popolo oppresso. I malati internati in manicomio appartengono a una ben precisa classe sociale, il proletariato. Noi vogliamo portare avanti la trasformazione della medicina come trasformazione che fa parte della lotta del proletariato.

D: Perché i folli perdono il controllo dei loro impulsi?

R: Io penso che non solamente i folli, ma molte altre persone non sanno controllare i propri impulsi. Mi sembra che gli ultimi decenni abbiano dimostrato che la maggior parte delle persone non sanno controllare i propri impulsi, specie quelle che hanno responsabilità politiche... Sarebbe molto facile e fondato rispondere così, ma dobbiamo invece considerare con più attenzione la vita, l'esperienza quotidiana. Una persona va al lavoro, un altro va a comperare il pane, un altro a passeggio, uno al cinema, un altro chiede l'elemosina... questo è il fluire normale della giornata, scandito da un ordine sociale che non permette la liberazione di impulsi che vadano contro la logica quotidiana del vivere. Quanto più la società è schematizzata e suddivisa in ambiti separati, tanto meno tolleranti sono le relazioni e più facilmente gli impulsi scoppiano in aggressività. In questo momento è necessario creare nuove istituzioni che controllino questi impulsi. Se vogliamo cambiare la società in cui viviamo, dobbiamo anche cambiare la vita quotidiana e dobbiamo chiederci perché una persona dà sfogo ai suoi impulsi. Il manicomio, come anche il carcere, oltre che strutture reali sono fantasmi, simboli. Sono luoghi di internamento e sono anche luoghi da cui nasce la paura di essere internati. In questo senso sono strumenti di controllo degli impulsi. Questo vale anche per altri mezzi di controllo sociale di cui lo Stato dispone. Il manicomio rappresenta il "luogo della follia", e nessuno è folle in città dal momento che tutti i folli stanno in manicomio. E' il gioco dei fantasmi.

Voler distruggere l'ospedale significa minacciare l'istituzione ospedale e anche minacciare di portare la follia nelle strade. Il teatro della follia finisce, il regista dello spettacolo sale sul palco e dice "signori, lo spettacolo è finito". Allora comincia la sofferenza di tutta una popolazione che pensa che senza quel teatro lo spettacolo sarà inscenato nelle strade. Qui entra in gioco l'abilità dei nuovi tecnici nel dimostrare che il problema degli impulsi non è legato alla follia, ma alla condizione umana. La follia può essere l'espressione di una situazione, di una condizione folle. Ci è stato insegnato che abbiamo bisogno di conoscere le malattie per dare un significato al sintomo, che dobbiamo cioè inscrivere un elemento in un quadro. Dobbiamo avere questa medesima attitudine

pedagogica per cambiare la relazione fra il medico e il cittadino, fra il medico e il paziente.

D: La follia è soltanto un prodotto sociale?

R: Se pensassi che la follia è solo un prodotto sociale sarei ancora all'interno di una logica positivista. Dire che la follia è un prodotto biologico oppure organico, un prodotto psicologico o sociale, significa seguire la moda di un determinato momento. Io penso che la follia e tutte le malattie siano espressione delle contraddizioni del nostro corpo, e dicendo corpo, dico corpo organico e sociale. La malattia, essendo una contraddizione che si verifica in un contesto sociale, non è solo un prodotto sociale, ma una interazione tra tutti i livelli di cui noi siamo composti: biologico, sociale, psicologico... Di questa interazione fanno parte una enorme quantità di fattori, di variabili, troppo difficili da esporre in questo momento. Penso che la malattia sia, in generale, un prodotto storico-sociale, qualcosa che si verifica nella concreta società in cui viviamo, che ha una certa storia e ragion d'essere. Come abbiamo detto, i tumori, per esempio, sono un prodotto storico-sociale perché nascono in questo ambiente, in questa società e in questo momento storico, e possono essere un prodotto dell'alterazione ecologica, prodotto dunque di una contraddizione. Il tumore, nella forma organica che noi studiamo, è altra cosa. Il problema sta nella relazione fra il nostro corpo organico e il corpo sociale nel quale viviamo.

D: Vorrei un'impressione personale dell'uomo Basaglia sugli uomini brasiliani.

R: Io penso che gli uomini e le donne brasiliane hanno una testa, due braccia, due gambe eccetera. Le persone che ho incontrato desiderano cambiare. Vogliono capire la logica del cambiamento più che le tecniche del cambiamento. Questo è importante. La Società di psicodramma è stata una delle prime organizzazioni che mi hanno invitato. Io ero nel dubbio se accettare o no questo invito perché temevo che il nostro incontro si riducesse a un teatro in cui avremmo recitato il gioco dei ruoli. Ma non è successo niente di tutto questo. Il dialogo con le persone di questo istituto che hanno partecipato è stato molto politico, interessato al cambiamento, aperto. Sono stato alla Comunità terapeutica di Diadema (1), una organizzazione molto interessante che si sta interrogando sulla logica della trasformazione. I centri di salute che ho visitato, che si teme possano essere chiusi, sono centri molto importanti che hanno come prospettiva la trasformazione democratica della medicina. Ciò che mi ha stimolato molto in questa settimana a San Paolo è stato l'entusiasmo che ho percepito nelle persone che tentano di approfittare della piccola breccia di libertà che lo Stato ha aperto. Mi ha meravigliato positivamente che persone di tendenze diverse, psichiatri infantili, psicodrammatisti, psichiatri, psicoanalisti, abbiano tutti una meta in comune: cambiare. Perché non andare avanti per questa strada?

D: Potrebbe chiarire meglio la contraddizione fra potere e sapere?

R: Ho parlato in generale della relazione tra potere e sapere. Il campo della psichiatria è forse l'esempio più semplice per capire questa contraddizione. Possiamo dire che dal punto di vista del sapere lo psichiatra è il medico più ignorante: non sa niente ma compensa questa carenza con il potere. Nel manicomio questo è evidente. Ci sono poi i vari psicoanalisti, psicoterapeuti, psichiatri eccetera. Ognuno tenta di dare una risposta a quello che è la malattia mentale, ma se noi parlassimo con ciascuno separatamente ci sentiremmo dire che non sanno ciò che è la follia, e ciascuno ammetterebbe anche che la relazione con il paziente è una relazione di potere. L'esempio dello psicoanalista è il più tipico. Uno psicoanalista che volesse tenere col proprio paziente una relazione diversa, alternativa, dovrebbe mettere in discussione il suo potere in ogni seduta. Su questo problema del dominio dello psicoanalista sullo psicoanalizzato Abrahams discute in un testo famoso, "L'uomo al magnetofono" (2). Un giorno un paziente va dallo psicoanalista con il registratore e dice: "Questa volta chi fa la psicoanalisi sono io, lei è il paziente e io sono lo psicoanalista". Lo psicoanalista resta sorpreso, cerca di discutere, di dissuaderlo... Un mio amico

dice che io racconto questa storia un po' romanzata, forse un po' cambiata, perché il testo dice che il paziente teneva il registratore nascosto... ma questo secondo me non è importante... l'importante è che le carte erano state rovesciate e lo psicoanalista non poteva più lavorare. Lui cercava di convincere il paziente a riprendere, come era normale, il suo posto e, siccome il paziente si rifiutava e insisteva a continuare la registrazione della seduta, lo psicoanalista prese il telefono e chiamò la polizia.

NOTE.

(1). Diadema è una delle città satellite di San Paolo, dove si trovava all'epoca una comunità terapeutica per bambini con problemi psichici.

(2) J. J. Abrahams, "L'uomo al magnetofono", trad. it. L'erba voglio, Milano 1977.

LE CONFERENZE A RIO DE JANEIRO.

POTERE E VIOLENZA NELL'OSPEDALE PSICHIATRICO.

Rio de Janeiro
26 giugno 1979.

Vorrei andare un po' oltre il tema che mi è stato proposto, "potere e violenza nell'ospedale psichiatrico", perché ho l'impressione che questo tema sia diventato un po' stereotipato. Tutti sappiamo che il manicomio è un disastro, che è violento eccetera. Allora sarebbe importante cercare le alternative a questa violenza, a questo potere. Supponiamo, se dio vuole, che il manicomio scompaia. Che facciamo, cosa mettiamo al suo posto?

In Europa tra gli anni Cinquanta e l'inizio degli anni Sessanta sono emerse diverse proposte di alternativa al manicomio. Il primo paese a muoversi in questa direzione è stato l'Inghilterra, che aveva vinto la guerra ma perso tutte le colonie e aveva bisogno di rinnovare l'organizzazione della società, le sue infrastrutture. E infatti il partito laburista vince le elezioni proprio con un programma di rinnovamento sociale e istituzionale, in cui la salute pubblica è uno dei problemi prioritari. Nel 1959 il governo laburista promuove la riforma sanitaria e crea il servizio sanitario nazionale di cui la psichiatria fa parte. Così, per la prima volta nei paesi occidentali, medicina e psichiatria stanno insieme nel quadro di un sistema sanitario pubblico. Questo però pone un problema: non è possibile mettere uno accanto all'altro, nello stesso sistema, ospedali chiusi e ospedali "liberi", a cui si accede cioè liberamente. Il manicomio infatti avrebbe dovuto funzionare con tutte le caratteristiche dell'ospedale generale, così come l'ospedale generale doveva assolvere alle funzioni dell'ospedale psichiatrico. E' in questa situazione che psichiatri e psicologi scoprono che l'istituzione può essere diretta senza il ricorso alla violenza.

Durante la guerra, le esperienze di alcuni campi di concentramento per i prigionieri avevano dimostrato che, se agli internati si dava un obiettivo di vita, i campi potevano essere gestiti tranquillamente, senza problemi di rivolta né necessità di oppressione. Forse molti di voi hanno visto il film "Il ponte sul fiume Kway" (1), che si svolge in un campo di concentramento dove il "nemico" accetta che gli internati si mettano insieme attorno a una finalità comune perché scopre che l'obiettivo del controllo si può ottenere altrimenti, con la manipolazione anziché con la repressione. In questo film si vede anche come un internato possa essere terapeuta di un altro internato più del medico, cosa che accade anche all'interno delle istituzioni, specie di quelle psichiatriche, e si vede anche come la direzione dell'organizzazione può passare dal gruppo dirigente alla comunità, con la partecipazione di tutti alla gestione dell'istituzione.

E' con questa logica che nasce in Inghilterra l'esperienza di apertura del manicomio e il primo concetto di comunità terapeutica. Una comunità diventa terapeutica perché funziona su principi condivisi, che non appartengono solo al vertice dell'istituzione e che portano tutti a lavorare insieme: in questo modo il gruppo riesce a curare se stesso e la malattia perde alcune sue caratteristiche essenziali perché persino il malato più grave, il più delirante, comincia a essere parte attiva della comunità.

Questo tipo di comunità fu una vera e propria scoperta e mostrò un altro modo di affrontare i problemi e le contraddizioni sociali. Gli ospedali psichiatrici inglesi cominciarono ad aprirsi, la gestione cominciò a essere differente e cambiò la disponibilità del medico verso l'istituzione. Sono stato in Inghilterra nel 1961-1962 e ricordo di aver visto una realtà completamente diversa da quella dei manicomi europei. All'interno del servizio sanitario nazionale il malato mentale era diventato un "malato informale" (2), uguale a qualunque altro. Il numero degli internati cominciava a diminuire; il mercato del lavoro richiedeva nuove braccia; nascevano le tecniche per "deistituzionalizzare" il manicomio, e tra queste la comunità terapeutica; emergeva per la prima volta in modo chiaro l'aspetto sociale della psichiatria (3). Questo poteva cambiare totalmente la visione del problema psichiatrico, perché nella misura in cui la comunità terapeutica si considera una vera comunità e dà un significato storico-sociale al malato, il malato comincia a prendere contatto davvero con la storia del mondo e con la storia della società.

Ma questo processo è stato di breve durata e presto i manicomi hanno cominciato a riempirsi di nuovo. Le braccia che l'industria aveva inizialmente richiesto vengono rifiutate e questa forza lavoro improduttiva deve trovare un'altra istituzione. La comunità terapeutica si riduce a piccole isole e i manicomi inglesi riacquistano le caratteristiche di istituzione repressiva, anche se più aperta e tollerante. Come simulacro di comunità terapeutica restano oggi la comunità di Maxwell Jones (4) e un'altra a Cambridge (5), che fanno ormai parte della storia della psichiatria inglese.

La psichiatria inglese è stata dunque la prima ad accentuare l'aspetto sociale nel funzionamento del manicomio. Tuttavia la sua evoluzione ci porta a concludere che la psichiatria comunitaria non è nient'altro che il riciclaggio della vecchia gestione manicomiale, perché quando l'organizzazione sociale non ha più bisogno della persona riabilitata la rimanda in manicomio. La nuova gestione comunitaria non è dunque niente di più che una gestione morbida del manicomio anziché una gestione violenta. Certo una gestione migliore, perché è meglio essere manipolati che torturati...

Quando in Inghilterra fu aperto il manicomio, quando la nuova gestione ottenne l'effetto di diminuire l'aggressività del malato, diventò evidente che il manicomio non serviva ad altro che a controllare l'internato; divenne quindi evidente la natura politica dell'istituzione manicomiale. Ma l'evidenza di una problematica di questo tipo diventa una falla, un punto di debolezza: è necessaria perciò una scienza che giustifichi il cambiamento di gestione. Così la contraddizione apertasi col nuovo tipo di conduzione comunitaria venne rinchiusa all'interno dell'ideologia scientifica, nella "scienza della gestione comunitaria" (6).

Anche in Francia, negli stessi anni, successe più o meno la stessa cosa, ma con una cultura assai più politicizzata di quella inglese. Molti psichiatri francesi avevano infatti partecipato alla resistenza contro i tedeschi e i primi programmi di umanizzazione del manicomio erano nati in Francia in quel periodo. 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. Questo indusse alcuni psichiatri a pensare che il trattamento di quei malati, di quegli internati poteva essere fatto in modo diverso. Ma questo fatto non ebbe alcun seguito.

In Francia ci fu una battaglia reale per l'apertura del primo manicomio. C'è un numero molto importante della rivista "Esprit" intitolato "La miseria della psichiatria" (7) che raccoglie le idee e le proposte di quegli psichiatri che volevano umanizzare il manicomio. Un piccolo ospedale

psichiatrico nel Massiccio centrale della Francia, a Saint-Albain, fu aperto per la prima volta da un esiliato spagnolo della guerra civile (8). E' molto importante riflettere su questo ospedale dove si riuniva tutta l'intelligenza francese... Bene, questo manicomio fu aperto e da qui la mobilitazione si diffuse ad altri manicomi francesi e nacque il movimento della "psicoterapia istituzionale" (9). Questa fu la prima ondata ma anche la fine di questa grande primavera. La contraddizione che l'apertura del manicomio aveva prodotto, con tutte le sue implicazioni politiche, fu avallata dalla scienza psicoanalitica, che diede poi origine alla psicoterapia istituzionale lacaniana. Questa fu la seconda ondata. La psichiatria inglese, con il suo pragmatismo scientifico, e la psichiatria francese, con l'ideologia psicoanalitica, hanno così coperto le contraddizioni che avevano evidenziato. Ma tornerò su questi problemi dopo aver parlato della psichiatria italiana.

Quando parte il processo di rinnovamento, la psichiatria italiana è complessivamente molto arretrata e reazionaria. All'inizio degli anni Sessanta, l'economia italiana rurale comincia a trasformarsi in economia industriale. C'è in quell'epoca l'illusione di aver realizzato un grande salto di qualità in questa trasformazione. In questi anni, un gruppo di psichiatri arriva al manicomio di Gorizia, al confine con la Jugoslavia, e tenta di umanizzare il manicomio. Niente di straordinario niente di eccezionale, questo stava già succedendo in Inghilterra e in Francia. Il fatto è che, nella misura in cui il manicomio si umanizzava, agli occhi di quegli psichiatri diventava evidente una serie di elementi di natura politica. Il manicomio appariva loro come una organizzazione totalmente inutile che controllava la devianza del povero, soprattutto la devianza improduttiva. Passando in rassegna la storia del manicomio, arrivarono alla conclusione che esso era sorto e persisteva con la finalità non di curare, ma di controllare.

Tale constatazione portò i tecnici a pensare a come modificare questa istituzione. Noi usammo, in un particolare modo, la tecnica della comunità terapeutica importata dall'Inghilterra, tecnica che permetteva alla persona di esprimersi in assemblee quotidiane, con libertà, in uno spazio aperto e in una nuova relazione medico-paziente. Cominciò a emergere che era possibile un altro tipo di relazione ma, soprattutto, ci accorgemmo che, continuando nella logica della comunità terapeutica, avremmo chiuso nella nuova ideologia comunitaria - anche noi come gli inglesi - un'istituzione che invece doveva essere ancora aperta.

Si pose allora per noi il problema di come andare avanti con questa nuova scoperta tecnica e politica. Se avessimo enfatizzato la comunità terapeutica come nuovo metodo di amministrazione del manicomio, penso che saremmo stati accettati di buon grado e valutati bene dall'"establishment" psichiatrico italiano. Noi portammo comunque il nostro contributo scientifico allo sviluppo della psichiatria, poiché evidenziammo che la gestione della comunità terapeutica, che cercava di umanizzare il manicomio, era ugualmente un mezzo di controllo sociale; era, per dirla con Marcuse, una forma di "tolleranza repressiva" (10) (non consideratemi marcusiano per questo...).

Noi proseguimmo nella scelta di mantenere aperta questa contraddizione. In qualunque modo il manicomio fosse amministrato, sarebbe comunque rimasto un luogo di controllo e non di cura. Quindi il solo modo per affrontare la malattia mentale o la follia era l'eliminazione del manicomio. Così abbiamo cominciato questa lotta del nano contro il gigante.

Dopo Gorizia, molti psichiatri del nostro gruppo sono andati a dirigere altri ospedali, sia nel Centro che nel Nord Italia. Conosco bene l'esperienza degli altri ma posso parlare solo della mia. Dopo Gorizia, io sono andato a Trieste, una città molto più grande (trecentomila abitanti) e l'équipe ha iniziato a lavorare con la finalità esplicita di distruggere il manicomio. In questa fase, insieme al problema della gestione pratica dell'istituzione, avevamo anche una preoccupazione teorica (non eravamo affatto dei pragmatisti, degli empiristi, cosa di cui invece molti ci accusavano...). Il problema era che, nella misura in cui rifiutavamo la scienza che i colleghi francesi e inglesi proponevano, dovevamo mettere qualcos'altro al suo posto. Eravamo convinti che quella scienza nella quale ci eravamo formati non fosse capace di produrre nulla di nuovo, era semplicemente la riproduzione di se stessa: un cane che si morde la coda. La scienza è un prodotto della classe dominante e quando nella scienza si verifica un mutamento, questo avviene all'interno dei codici della classe dominante. Per ciò pensammo che non fosse possibile trovare una nuova scienza con i codici vecchi. L'esperienza inglese e francese lo dimostrava. Se analizziamo ciò che è accaduto in

Francia, dopo la grande conquista di Saint-Albain, vediamo che i manicomi continuano a esistere come prima, e che la scienza lacaniana della psicoterapia istituzionale si limita a una piccola istituzione privata con centoventi malati, a Château de La Borde, dove continuano l'impregnazione farmacologica, gli elettroshock e gli shock di insulina. Certo, c'è una grande discussione nell'équipe sulla psicoanalisi, lacaniana o meno, ma i centoventi pazienti continuano a essere istituzionalizzati e questo non interessa a nessuno. Per noi invece il problema era quello di trasformare la scienza in una nuova scienza, di trovare un nuovo codice che si poteva trovare solo attraverso nuove risposte all'altra classe, la classe oppressa, il proletariato e il sottoproletariato che popolavano il manicomio. La cosa non è affatto facile perché l'oppresso non ha voce, e trovare il codice della non-voce è molto difficile... Ma il popolo ha le sue organizzazioni e il problema era sapere con chi potevamo allearci per trovare questa nuova voce. Non certamente con la scienza ufficiale. Di sicuro con le organizzazioni sociali in quanto referenti pratici.

E' importante dire che però non fu affatto facile convincere i partiti di sinistra a partecipare attivamente alla nostra lotta (dei grandi rivoluzionari hanno detto che i peggiori reazionari stanno all'interno del partito...). Si trattava allora di educare questi grandi reazionari, e ci assumemmo anche questo compito. Scoprimmo che il nostro lavoro non poteva limitarsi al rapporto con i malati e con la follia, ma dovevamo lavorare soprattutto con la popolazione. Noi dovevamo confrontarci con le idee della gente sulla malattia mentale. Il popolo in generale, e in particolare le sue organizzazioni, dovevano prendere in mano la nostra lotta, perché altrimenti si sarebbe di nuovo "scientificizzata" e sarebbe regredita al livello precedente, cioè sarebbe diventata una nuova ideologia scientifica, di nuovo una ideologia borghese. E' stata questa la differenza sostanziale fra l'Italia, la Francia e l'Inghilterra (11). In questi due ultimi paesi le riforme psichiatriche sono state fatte dall'alto, da élite intellettuali. La storia della psichiatria continua a essere storia degli psichiatri e non del popolo che soffre, resta cioè storia di visioni scientifiche diverse che comunque hanno prodotto solo nuove forme di controllo sociale. In Francia, oltre alle esperienze di apertura dell'ospedale psichiatrico, fu creata la cosiddetta "psichiatria di settore", ossia una organizzazione in cui l'équipe psichiatrica cura le persone sul territorio ma in realtà trasporta fuori dal manicomio la logica psichiatrica manicomiale. Anche questa è una forma di controllo sociale, e non un modo per affrontare la crisi del malato.

La nostra tendenza è stata invece quella di far entrare l'assistenza psichiatrica in rapporto con le organizzazioni politiche che vogliono l'emancipazione del popolo. In questo modo abbiamo ottenuto dei successi perché, dopo aver smantellato in alcuni luoghi il manicomio, in collaborazione con la popolazione, i sindacati e i partiti politici, è stata portata in parlamento una proposta di legge che modificava la vecchia legge repressiva e violenta sulla malattia mentale. Oggi, in Italia, c'è una legge realmente avanzata che ha abolito il concetto di pericolosità e l'ha sostituito con un altro concetto: le organizzazioni mediche e sociali hanno il dovere di rispondere ai bisogni reali della gente. E' ovvio che uno schizofrenico è uno schizofrenico, ma innanzitutto è un uomo che ha bisogno di affetto, di denaro e di lavoro; è un uomo totale, e noi dobbiamo rispondere non alla sua schizofrenia ma al suo essere sociale e politico.

Ho portato con me alcune diapositive che forse facilitano la comprensione del nostro modo di lavorare e di come cerchiamo di coinvolgere la popolazione nel nostro lavoro. Si vede una festa di quartiere che parte da un centro di salute mentale e si muove per le strade. Le persone parlano, ascoltano, pensano, riflettono, e questo ha qualcosa a che vedere con la nostra idea di come si può fare scienza cercando di essere tendenzialmente organici con la persona che soffre e non con la classe che comanda. Ripeto ciò che ho detto in un'altra occasione: la nostra scienza parte da un dato fondamentale che è la sconfitta del tecnico tradizionale, cioè di quel tecnico che pensa che "non si può fare altro che questo" e ha come ideologia il pessimismo della ragione. Il nuovo tecnico deve avere un obiettivo ben preciso: portare avanti il suo lavoro con l'ottimismo della pratica. Se questo non succede, non c'è rimedio. Questa frase non è mia, è di un grande rivoluzionario, Antonio Gramsci, che ha dato agli intellettuali elementi molto importanti su cui riflettere (12). E' sulla base di questa scienza politica che vogliamo fondare la nuova scienza. Queste diapositive mostrano come, con l'ottimismo della pratica, è possibile dare una alternativa alla violenza istituzionale.

Perdonatemi se sono stato un po' confuso, o troppo lungo, ma bisognava parlare dell'esperienza di tre paesi europei. Spero che nella discussione eventuali incomprensioni si possano sciogliere.

DOMANDA: Nell'ospedale di cui ha parlato c'erano certamente pazienti internati da molti anni. Cosa è stato fatto con loro, come si è realizzata in pratica questa apertura del manicomio?

RISPOSTA: A Trieste c'erano milleduecento pazienti e oggi ce ne sono molto pochi, e io non li ho ammazzati... Negli edifici dove c'era l'ospedale abitano oggi (13) duecento persone, che non sono necessariamente i malati più regrediti o più cronici. Sono persone che non hanno trovato migliore collocazione in città.

Abbiamo dato a queste persone tutti gli appartamenti che si trovavano all'interno dell'ospedale: gli appartamenti del direttore, dell'amministratore, del prete sono tutti abitati da ex internati. Sono quattro aree praticamente autogestite. Poi ci sono persone che si sono organizzate in piccoli gruppi di cinque o sei per prendere in affitto un appartamento e vivere insieme. L'affitto in città è molto alto, come qui a Rio. Hanno messo insieme il denaro delle pensioni e vengono aiutate ad amministrarle in proprio, cosa molto importante per la riabilitazione del paziente cronico. Il problema principale è il malato acuto, perché il malato cronico finisce sempre col trovare un posto dove vivere. Resta invece il problema di come affrontare la crisi acuta senza internamento. Tornando al malato cronico, noi sappiamo che le persone che sono in manicomio da cinque, dieci, quindici anni, non sono più "malate di malattia", sono "malate di istituzione". Allora, se noi riusciamo a creare una situazione di reciprocità nel lavoro di cambiamento dell'istituzione, cambia anche la logica dell'internato. Chiunque abbia un minimo di esperienza istituzionale conosce bene il problema.

Il malato acuto rappresenta invece un problema maggiore. Nella crisi acuta, che cosa si deve fare? Finora si sono sviluppate tecniche di intervento che sono sostanzialmente tecniche repressive. Ma se noi vogliamo affrontare il problema del malato acuto senza l'internamento dobbiamo distruggere il luogo dell'internamento, perché se abbiamo la possibilità di internare un paziente finiremo con l'internarne molti. Noi dobbiamo trovare il sistema perché questo non accada e questo sistema si trova coinvolgendo nel problema il maggior numero possibile di persone. A Trieste abbiamo sei centri di salute mentale. Ogni centro copre un'area di cinquantamila abitanti circa, e ognuno ha un'équipe di circa trentacinque operatori (14). Vi è anche un'équipe di emergenza - che è chiamata per telefono dagli ospedali generali o da qualunque punto della città - che somiglia molto alla polizia. Una organizzazione come questa può essere poliziesca o no: dipende dal contatto che stabilisce con la comunità, dipende dal controllo, dalla verifica che la comunità esercita su questa struttura. Esiste in ogni quartiere un comitato eletto dalla popolazione, e noi vogliamo che questo comitato sia coinvolto nella gestione del centro. Questo è il tipo di controllo e di verifica popolare che noi desideriamo. La polizia non ha questo tipo di controllo popolare, e anche per noi sarebbe molto facile evitarlo e ridiventare poliziotti. Parlerò meglio di tutto questo in una delle prossime serate, ma era importante fare adesso questi accenni per mostrare cosa abbiamo creato, quale organizzazione tentiamo di creare per sviluppare un nuovo sapere, una nuova scienza.

D: Da dove vengono i contributi finanziari?

R: Il bilancio della psichiatria è stato finora di competenza delle amministrazioni provinciali. L'Italia ha novantaquattro province e ogni provincia ha nel suo bilancio una somma destinata all'assistenza psichiatrica. Alla fine del 1978 è stata votata dal parlamento una legge per l'istituzione del servizio sanitario nazionale che comprende anche la psichiatria (15). L'Italia è divisa in regioni che hanno un governo proprio (abbiamo una specie di regime federativo), e ogni regione amministra l'organizzazione sanitaria secondo gli orientamenti del governo regionale, che naturalmente non possono essere in contrasto con la legge dello Stato. Comunque, ogni regione ha proprie caratteristiche nella gestione dell'assistenza sanitaria. Il ministero della Sanità fa la supervisione generale. Dopo la Seconda guerra mondiale c'è stato in Italia il tentativo di decentrare

tutto ciò che era possibile, nell'idea che il decentramento permetta forme di partecipazione popolare: più la politica è decentrata maggiore può essere il controllo popolare. Quando parlo dell'Italia sembra stia parlando di un paradiso terrestre, e invece è una merda, ma è anche un luogo dove ci sono elementi che rendono possibile una dialettica molto interessante. E' un paese democratico, ma dove da trent'anni vince sempre le elezioni la Democrazia cristiana, e non si sa il perché... lascio a voi scoprirlo.

D: Come sono state selezionate le quaranta persone che fanno parte dell'équipe territoriale?

R: Come non si devono selezionare i pazienti così non si possono selezionare gli operatori. Certo, è avvenuta una certa selezione politica, in particolare per ciò che si riferisce agli infermieri: hanno scelto di lasciare il manicomio infermieri che sono in maggioranza comunisti, come lo sono anche gli altri operatori. Nell'amministrazione, la maggioranza è democristiana. Non riesco a capire come sia possibile selezionare un operatore. Quale deve essere il criterio per questa selezione? Non so. Quelli che sono come me, tutto bene, quelli che non lo sono, tutto male, una volta che io sono la norma? Logicamente, l'operatore non potrà essere un oligofrenico o uno psicotico... ma davvero non lo dico per demagogia o per fare una battuta, trovo che è molto difficile selezionare un operatore...

NOTE.

- (1). "Il ponte sul fiume Kway" (1957) di David Lean, con Alec Guinness e William Holden, è un film che Basaglia amava molto e citava spesso. Vi sono descritti dapprima il clima di rivolta, tensione e violenza tra gli internati di un campo di concentramento indotto dalla gestione ciecamente autoritaria dei giapponesi, che tengono i prigionieri in ozio, sottoposti a regole degradanti e inutili, e poi il clima di ordinata "autogestione" che si forma quando gli ufficiali inglesi, preoccupati del morale e della sopravvivenza dei propri soldati, negoziano la possibilità di farli lavorare alla costruzione del ponte sul Kway, appunto, che diventa così un potente meccanismo di ricostruzione del senso di appartenenza e quindi di riabilitazione degli internati. Il film si conclude con lo scontro tra chi vuole sabotare il ponte e chi non può accettare di essere sleale verso il patto istituzionale e, al fondo, non vuole distruggere un prodotto in cui tutti si riconoscono.
- (2). Il Mental Health Act del 1959 aveva istituito la figura dello "informal patient", paziente volontario ricoverato con una procedura informale ("informal admission") del tutto simile a quella dell'ammissione in ospedale civile, cioè senza controlli né garanzie da parte dell'autorità giudiziaria.
- (3). Significativamente, il primo libro curato da Maxwell Jones sull'esperienza delle comunità terapeutiche inglesi si intitolava "Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities", Tavistock, London 1952.
- (4). Si tratta del Digleton Hospital di Melrose, in Scozia.
- (5). Qui Basaglia cita l'esperienza avviata nel 1953 da David H. Clark presso l'ospedale psichiatrico di Fulbourn a Cambridge, che divenne uno dei luoghi di sperimentazione della "terapia sociale". Il titolo del più noto lavoro di Clark è "Social Therapy in Psychiatry" (Penguin Books, 1973, trad. it. "Psichiatria e terapia sociale", Feltrinelli, Milano 1976).
- (6). La critica della comunità terapeutica sia come fenomeno storico che come ideologia, è fin dall'inizio un tema centrale del percorso di Basaglia. Il primo lavoro su questo argomento "La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione" è del 1964 ed è contenuto attualmente, come altri lavori sullo stesso tema, nel primo volume degli "Scritti", cit., mentre nel secondo volume è riportata la prefazione di Franco e Franca Basaglia al libro di Maxwell Jones, "Social Psychiatry in Practice" (Penguin Books, London 1968; trad. it. "Ideologia e pratica della comunità terapeutica", Etas Compass, Milano 1970).
- (7). La prestigiosa rivista di filosofia "Esprit", fondata da Emmanuel Mounier, pubblicò nel 1952 un numero monografico (n. 197) intitolato "Misère de la psychiatrie", a cui collaborarono protagonisti del rinnovamento della psichiatria francese come Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Henri Ey,

Paul Sivadon e Georges Daumezon.

(8). Si tratta di François Tosquelles, che nel 1939 si trovava in Francia in un campo di rifugiati spagnoli ed era stato "accolto" a Saint-Albain dall'allora direttore Balvet, come lo stesso Tosquelles racconta nella monografia della rivista "Recherches" sulla "Histoire de la psychiatrie de secteur" (n. 17, 1975) dove si ricostruisce tra l'altro l'atmosfera di discussione e mobilitazione politica nell'ospedale di Saint-Albain di cui parla Basaglia (p.p. 62-95).

(9). Il gruppo prende il nome dalla rivista "Psychothérapie institutionnelle" diretta da Tosquelles.

(10). E' il titolo del saggio di Marcuse nel volume di Robert P. Wolff, John Barrington Moore junior e Herbert Marcuse, "Critica della tolleranza", trad. it. Einaudi, Torino 1968.

(11). Su questo confronto tra le esperienze nei tre paesi Basaglia torna più volte, in particolare nei due saggi "Appunti di psichiatria istituzionale" (1969) e "Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico" (1979) entrambi in: "Scritti", vol. 2, cit., p.p. 47-67, 453-463.

(12). In uno dei saggi più articolati e più critici sul ruolo degli intellettuali, "Il tecnico del sapere pratico" (in: "Crimini di pace", Einaudi, Torino 1975, oggi in "Scritti", cit.) Basaglia riprende esplicitamente due riflessioni di Antonio Gramsci, una sulla formazione degli intellettuali e l'altra sulla "questione dei giovani", entrambe tratte dai quaderni raggruppati sotto il titolo "Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura" (Einaudi, Torino 1949).

(13). Vent'anni dopo, nel 1999, abitano ancora negli spazi dell'ex ospedale psichiatrico di Trieste, ora parte della città, 58 persone che vi erano state internate. Sull'assetto attuale dei servizi di salute mentale a Trieste, si veda il saggio di Dell'Acqua, Colucci e Mezzina "La comunità possibile" (cit. in bibliografia).

(14). Sull'organizzazione dei servizi di salute mentale in quegli anni e in generale sull'esperienza di Trieste ai primi anni Ottanta si veda G. Gallio, M. G. Giannichedda, O. De Leonardis, D. Mauri, "La libertà è terapeutica?", Feltrinelli, Milano 1983.

(15). Si tratta della legge di riforma sanitaria n. 833 del 23 dicembre 1978, che ha assorbito la legge di riforma psichiatrica n. 180 approvata il 13 maggio dello stesso anno. Le disposizioni in materia di trattamento psichiatrico si trovano oggi agli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 833.

REPRESSIONE E MALATTIA MENTALE.

Rio de Janeiro
27 giugno 1979.

La conferenza di ieri ha affrontato una tematica che, mi è stato detto, ha creato polemica. Perciò mi sembra più logico non limitarmi a seguire il programma di stasera, che pure prevedeva un tema importante, "repressione e malattia mentale", perché credo valga la pena di continuare il discorso di ieri, dato che nel finale c'era stato anche un calo di attenzione, forse per stanchezza.

Ieri abbiamo parlato della situazione psichiatrica nell'Europa del dopoguerra e di come in Inghilterra, Francia e Italia è stato affrontato il problema dell'ingresso dell'assistenza psichiatrica nel sistema di salute pubblica. Abbiamo anche parlato dell'esperienza italiana, forse in modo eccessivamente positivo, forse un po' trionfalistico, mentre abbiamo criticato l'esperienza inglese e quella francese. Ma ciò che mi interessava mettere in evidenza era il fatto che le esperienze francese e inglese sono state pensate, proposte ed eseguite da tecnici, mentre l'esperienza italiana è stata formulata da tecnici ma la sua cultura è stata fatta propria da movimenti e forze politiche, che hanno trovato in essa un contenuto nuovo per le lotte di emancipazione della popolazione. Questa è stata l'originalità dell'esperienza italiana.

Il tecnico italiano, o per lo meno una parte dei tecnici italiani, non si è accontentato di una scienza riciclata, di una scienza che cambia vestito, che si mette un vestito moderno al posto di quello vecchio, com'è capitato con la comunità terapeutica inglese o la psicoterapia istituzionale francese. Queste esperienze hanno dimostrato una volta di più che il ruolo, il significato della psichiatria non

sta nella cura del malato ma nel suo controllo.

E' importante far capire cosa voglio dire quando parlo di cura e controllo, perché è facile cadere in una visione stereotipata di questi problemi. Succede lo stesso con un'altra parola che oggi è molto di moda, rivoluzione. Cura, controllo e rivoluzione sono tre parole che sono sfuggite al nostro controllo di militanti e sono finite in mano al potere. Per questo è importante riformulare questi concetti in rapporto alle persone che ne sono il soggetto.

Quando io parlo di cura, questa parola deve avere un significato a partire dal soggetto di questa cura. Ugualmente, quando dico controllo sto parlando della persona che è soggetto di questo controllo. Quando dico rivoluzione è meno facile trovare il suo soggetto...

Parlando di cura, vediamo che la persona che cura, il medico, non considera il curato soggetto della cura ma oggetto. Così la cura diventa, oggettivamente, pura riproduzione del medico e non dà al malato alcuna possibilità di esprimersi soggettivamente. In questo senso noi diciamo che la cura è una forma di controllo perché, nel momento in cui non c'è espressione soggettiva da parte del malato, la cura non dà altro risultato che la riproduzione oggettiva del gioco del capitale. Succede lo stesso in fabbrica, dove l'operaio si riproduce attraverso gli oggetti che produce e la fabbrica controlla il lavoratore attraverso il suo prodotto. Come il prodotto del lavoro dell'operaio è del padrone, così il prodotto della cura del malato appartiene al medico. In entrambi i casi, il malato non esiste e il lavoratore non esiste; l'ospedale non è altro che una conseguenza di ciò che succede in fabbrica.

Questa analisi, che ha l'ambizione di essere marxista, ci consente di prendere in esame il contenuto della scienza che opera questa cura. In fondo, torniamo così al tema di oggi, "repressione e malattia mentale", perché, se è vera l'analisi che abbiamo fatto, dobbiamo affermare che tutto il contenuto del sapere medico è orientato al controllo e alla repressione del malato. Non si cura il malato come soggettività, ma si cura il suo ritorno nel circuito produttivo. A questo punto dobbiamo mettere in discussione tutto, il sapere psichiatrico, la psicoanalisi, la cura farmacologica, l'elettroshock, l'insulina, la neurochirurgia, insomma, tutti quei metodi e mezzi che i medici hanno usato fino a oggi per affrontare il problema della malattia mentale.

Penso che queste affermazioni offrano diversi spunti di discussione, e penso anche che diano a tutti i presenti la possibilità di scaricare l'aggressività su di me, dato che ho messo in discussione tutto, dalla psicoanalisi agli elettroshock, ai farmaci, alla psicoterapia e alla neurochirurgia. Nella mia opinione, le cure che attualmente medici e psichiatri propongono al malato mentale non possono che avere un significato alienante finché il solo fine è quello di rimettere il malato nel circuito produttivo, merce prima come lavoratore, merce poi come malato. Questo trattamento, evidentemente, impedisce alla persona di esprimersi soggettivamente. Così il rapporto tra medico e malato è un rapporto di dominio e di potere, ed è difficile uscire da questa contraddizione.

Parlando ieri di ciò che abbiamo cercato di fare in Italia io volevo porre l'ipotesi che, mettendo in pratica un diverso rapporto di potere, fosse possibile per il malato esprimersi soggettivamente. Questo credo sia il punto centrale, che non riguarda solo il rapporto medico-malato: al contrario, questo non è che un aspetto di quello che sono le relazioni interpersonali.

I rapporti padre-figlio, uomo-donna, giovane-vecchio eccetera sono sempre rapporti di dominio, perché se così non fosse questa organizzazione sociale non potrebbe funzionare. Quando, per esempio, nel rapporto tra medico e malato, il malato chiede una spiegazione, la "relazione terapeutica" è distrutta perché la soggettività del paziente impedisce la normale relazione terapeutica alienata. Succede lo stesso nella relazione padre-figlio, quando il figlio chiede spiegazioni e il padre gli risponde, in un linguaggio che credo sia universale, "zitto e mangia". La stessa cosa nel rapporto uomo-donna. Allora, in un quadro come questo, è importante dire che le terapie e le cure proposte fino a oggi non danno alla persona la possibilità di esprimersi come soggetto, riproducendolo come merce, come oggetto. Io vedo questo come conseguenza, non come colpa, come risultato di tutta una logica generale a cui la psichiatria non riesce a sottrarsi. Solo se la psichiatria riesce a sfuggire a questo circolo infernale e comincia a smettere di essere psichiatria e a diventare vita, relazione, può cominciare a prendere forma il tentativo di costruire una nuova scienza dell'uomo, un nuovo umanesimo.

Tuttavia, questo umanesimo nuovo ha necessità di un nuovo contenuto, poiché quello della logica mercantile è incompatibile con la possibilità di una nuova scienza, con una nuova visione della relazione. In altre parole, voler rifondare una scienza sulle vecchie basi vuol dire, come ricordavo ieri, mangiare il proprio vomito: il vomito non produce che vomito, la merda produce merda. Invece il problema è cercare ciò che nasce dalla terra, cioè permettere che l'oppresso prenda possesso della propria voce.

Quando si apre un manicomio, il malato parla finalmente con la sua voce, non più con la voce che il medico vuole. Quando nei manicomi chiusi il malato domanda "quando vado a casa?" il medico risponde "domani". Questa è la risposta che l'oppressore dà sempre all'oppresso. Quando la donna dice al marito "non ho soldi, devo comprare da mangiare" e il marito le risponde "domani", è la stessa logica del manicomio, la stessa che si ritrova nel rapporto padre-figlio, vecchio-giovane. Quando, invece, il vecchio, il giovane, la donna, il nero, il malato hanno la parola, allora la relazione cambia, e chi ha il potere o il ruolo di potere deve tenere conto della voce dell'altro. Questa è la contraddizione, questa è la ragione per la quale il mondo in questi ultimi anni vuole cambiare. Questa è anche la ragione per la quale molti brasiliani oggi sono qui, ad ascoltare una persona che è venuta dall'Italia per dire che ha aperto un manicomio. La speranza di cambiare c'è, il problema è come cambiare.

Io voglio fare un discorso aperto alla contraddizione. Non posso risolverla questa contraddizione. Se volessi risolvere la mia contraddizione, come uomo dovrei castrarmi e come medico dovrei restituire la laurea. Ma come uomo io dico che voglio vivere questa contraddizione, dico cioè che la mia libertà si fa solo accettando la contestazione del malato, accettando la contestazione della donna, accettando la contestazione del bambino. Allora io devo trovare degli altri "agenti rivoluzionari", persone che come me desiderano cambiare e con le quali possiamo davvero cambiare la nostra esistenza. E cambiare l'esistenza significa cambiare il manicomio, cambiare la famiglia e cambiare le istituzioni. Questo io spero che sia possibile e vi invito ad aprire la discussione con questa speranza.

DOMANDA: Vorrei sapere cosa pensa della sessualità come uno degli strumenti di dominio, e delle lotte per la liberazione sessuale, come per esempio la legalizzazione dell'aborto.

RISPOSTA: Penso che il problema della libertà sessuale sia molto importante dato che la sessualità è uno dei mezzi di controllo sociale, un mezzo per porre l'altro in una relazione dominatore-dominato. Tuttavia, è indispensabile sapere da quale punto di vista si affronta questo problema. Il potere, per esempio, ha affrontato in modo molto interessante la questione della libertà sessuale.

Una vera libertà sessuale, nella quale la persona possa esprimere soggettivamente la propria sessualità, è molto pericolosa. Essa può essere un atto rivoluzionario veramente reale, sostanziale. Prendiamo per esempio la donna che vuole la libertà di abortire, cosa di cui si discute in tutti i paesi del mondo. L'aborto è certamente un fatto innaturale, ma giustamente la donna vuole fare l'amore senza conseguenze. A questo punto il potere non è più contro il diritto della donna all'aborto: ciò che preoccupa è piuttosto il fatto che la donna prenda possesso del suo corpo, che decida sul suo corpo. Quando una donna dice "il corpo è mio e lo gestisco io", sta dicendo "sono io che decido sulla mia sessualità e non sarà né il medico né l'uomo a dire se devo abortire oppure no". Questa è la vera ragione della grande difficoltà del diritto all'aborto. E' vero che l'aborto è una cosa innaturale, sarebbe naturale proseguire la gravidanza, avere il figlio. Quando la donna decide di abortire fa una violenza su se stessa, ma mi sembra una grande conquista delle donne il fatto che possa essere lei a prendere questa decisione. Non dimentichiamo poi che l'aborto è collegato a un mercato preciso: in Italia, quando la legge entrò in vigore gran parte dei medici si dichiararono obiettori di coscienza. Erano diventati tutti cattolici praticanti? Il fatto è che non potevano più fare aborti clandestini, ma i "cucchiai d'oro", come le donne chiamano i medici abortisti clandestini, non volevano perdere i loro privilegi, nel caso concreto i guadagni.

E' anche interessante vedere come il potere si difende quando il cittadino chiede una libertà sessuale in conflitto con il falso puritanesimo di prima. Non potendo più reprimere questa liberazione del

sempre, si dà libero transito a tutto quello che è sesso deterioro, in particolare alla pornografia, che è una falsa libertà sessuale, anzi precisamente uno strumento di controllo della sessualità. In Europa questo è stato molto evidente. In Spagna, paese che si è liberato per ultimo da una oppressione cattolico-sessuale spaventosa, i ricchi andavano all'estero a vedere il film "Ultimo tango a Parigi" (1). Finalmente con la morte di Franco e la democrazia si è aperta una situazione di liberazione a tutti i livelli, in cui si è sviluppata una quantità incredibile di riviste pornografiche, competitive persino con quelle svedesi: la nuova realtà dei mezzi di comunicazione di massa aveva realizzato una nuova modalità di controllo del sesso.

Quello che ho appena detto - il fatto che di fronte alle esigenze di libertà delle masse, il potere propone delle pseudolibertà che ancora una volta sono strumenti di controllo - significa certamente che siamo sempre in una situazione di pericolo, che viviamo in una organizzazione sociale in cui ogni conquista di libertà può rovesciarsi in nuova oppressione. Capire questo è importante, ma non significa che dunque non si può far nulla dato che il potere recupera tutto, come sembra pensare di questi tempi una certa sinistra europea. Se questo fosse vero dovremmo dire che le Brigate Rosse hanno ragione, cosa che invece non è affatto vera perché sono anch'esse manipolate dal potere: il terrorismo in Europa è un'immagine speculare dello Stato.

Allora, è certo che in una situazione contraddittoria come quella in cui siamo è difficile trovare una soluzione che sia giusta, che sia la soluzione reale; è certo che c'è sempre il pericolo di cadere in trappola, ma il nostro sforzo deve essere quello di lasciare il discorso comunque aperto. Tornando alla psichiatria e al caso dei francesi che ho illustrato ieri, ciò che dobbiamo combattere soprattutto è il pessimismo della ragione, il pessimismo degli intellettuali che pensano che non si può far nulla, che si può solo scrivere libri. Non voglio essere aggressivo, voglio solo esplicitare quella che per me è la contraddizione, sapendo che certo il potere recupera tutto perché il potere è il potere...

D: Se il cambiamento della relazione dominatore-dominato non può che avvenire per iniziativa del dominato, sia questi la donna, il nero, il malato mentale, come si spiega che, nel caso del malato mentale, siamo noi operatori della salute mentale ad aprire il manicomio? Non è forse anche la nostra una modalità di esercizio del potere?

R: Sì, questo è vero se parliamo in termini globali, se generalizziamo il discorso. E' vero che la conquista della libertà viene sempre attraverso la fatica, il lavoro del dominato, e non viene mai dal dominatore. Il caso del malato mentale però è diverso perché il grado di repressione che subisce è tale da non avere possibilità di esprimere la propria aggressività. Tuttavia, quando c'è un clima generale che dà spazio alla voce degli oppressi, è possibile che questo clima contagi un po' tutti, anche quelli più ai margini della vita sociale. Non è un caso io credo che il problema della donna, per esempio, della sua liberazione, non sia emerso prima ma adesso, in una situazione di cambiamento più generale. Oggi la donna è un elemento di lotta centrale: le contraddizioni del sistema la pongono nella condizione di dominata ma ora la donna dice "non voglio essere dominata, voglio lottare". Oggi sono anche molto importanti i movimenti di liberazione dei detenuti oltre che quelli degli internati nelle istituzioni psichiatriche: il deviante si libera e smette di essere tale quando diventa agente di cambiamento...

E' tenendo conto di tutto questo che il nostro movimento ha sempre cercato di collegarsi con tutti i movimenti che lottano per la propria liberazione. Il movimento studentesco e il movimento delle donne sono stati fondamentali per il successo della nostra azione, per far sì che questo nostro gruppo spontaneo, politico, riuscisse a collegarsi con i grandi partiti popolari organizzati.

D: Negli enormi cronichi brasiliani i pazienti tendono sempre a ritornare. Non sanno vivere fuori, sembra che non siano i muri dell'istituzione a tenerli imprigionati...

R: Io ho l'impressione che in Brasile i malati non vogliono uscire dal manicomio per due ragioni. La prima è una ragione universale: la persona che è rimasta venti o trent'anni nel manicomio accetta l'internamento come sua situazione abituale; l'altra ha a che fare con i bisogni più elementari, come

bere e mangiare, che è più facile soddisfare in manicomio che nella vita di strada. Questo fatto ci obbliga a una riflessione più profonda. Se questa persona non vuole uscire dal manicomio, che ci resti pure, ma il nostro problema è lottare perché questa persona abbia la possibilità di essere, di esprimersi in qualche modo, perché il manicomio questa possibilità gliel'ha tolta.

D: Non le pare che, se la psichiatria controlla i poteri, la psicoanalisi controlla la borghesia?

R: La psicoanalisi esercita un potere su tutti, non solo sulla borghesia. Basti pensare alla frequenza con cui la pubblicità usa i saperi della psicoanalisi. Penso tuttavia che la psicoanalisi eserciti una forma di controllo che riproduce i codici di riferimento della borghesia attraverso la tecnica psicoanalitica. Lo psicoanalista possiede una tecnica che è nata nel segno, nel linguaggio della borghesia, e dunque io penso che la psicoanalisi sia uno strumento di riproduzione della borghesia piuttosto che un apparato repressivo vero e proprio.

D: Quali criteri utilizza quando parla di "naturale" e "innaturale"?

R: E' naturale ciò che si riferisce alla natura. Per esempio, la differenza fra uomo e donna è una differenza naturale. Il problema è che questa differenza può essere usata e razionalizzata in modo da diventare innaturale: concretamente, diventa una differenza artificiale che non contempla più l'esistenza dell'altro, di due polarità diverse. Un'altra differenza naturale è quella tra il vecchio e il giovane: ma cosa succede poi, nella vita sociale, del giovane e del vecchio? Neppure il manicomio è naturale, però viene "venduto" come naturale e necessario. Tutto il problema sta nell'ideologia e nella falsa coscienza, e noi cresciamo con concetti falsi che sembrano veri: la donna è inferiore all'uomo, il vecchio è più brutto del giovane eccetera.

D: Mi domando se il fine del trattamento del malato consiste davvero nel suo reingresso in un circuito produttivo: in Brasile non è necessario essere psicotici per restare senza lavoro, è più che sufficiente una semplice crisi di nervi per essere licenziati e sostituiti rapidamente da altri lavoratori...

R: Sono d'accordo con la sua analisi: recuperare il malato significa recuperare la sua forza di lavoro, ma bisogna che il lavoro esista. E se questo lavoro non esiste non c'è più il motivo della riabilitazione. Ieri ho dato un esempio di questo parlando dell'Inghilterra: in una prima fase, furono dimessi dai manicomi e riabilitati moltissimi pazienti, ma in un secondo momento la recessione economica ne riportò molti in manicomio. In Brasile, la struttura privata dell'assistenza psichiatrica fa del malato mentale una merce molto importante (questo uso del malato mentale come fonte di lucro non è solo dei paesi sottosviluppati, comunque...). Questa merce è il sottoproletariato, che così diventa economicamente utile, produttivo attraverso la sua integrazione nel manicomio che lo controlla. Così lavoratore e disoccupato, ricoverati in un manicomio privato o in una clinica privata, entrano tutti e due in una catena di montaggio che permette al sistema sia guadagno che controllo sociale. Grosso modo si può fare questa analisi, che però mi sembra di un marxismo molto tradizionale. In realtà bisognerebbe capire le strutture economiche e sociali di ciascun paese per fare una analisi adeguata, anche se poi alla fine i termini della questione sono sempre gli stessi, guadagno e controllo.

D: In Italia, quale uso viene fatto della perizia psichiatrica rispetto al delinquente che abbia un problema mentale? Questo è un meccanismo molto importante di controllo in generale. Per esempio, la repressione del terrorismo poggia su questo meccanismo.

R: No, questo non riguarda la repressione del terrorismo perché ai terroristi non viene fatta alcuna perizia psichiatrica, ma ciò che lei dice è molto importante dato che la perizia psichiatrica è uno strumento di controllo sociale estremamente pericoloso. Oggi un individuo sottoposto a perizia

psichiatrica e riconosciuto malato di mente va in manicomio criminale. Questa situazione è molto pericolosa, perché chi esce dal manicomio civile rischia di entrare in manicomio criminale. Per questo bisogna rafforzare la lotta contro il manicomio criminale.

D: Qual è la differenza fra il lavoro dello psicologo e quello dello psichiatra?

R: Non spetta a me proporre il tipo di lavoro che deve fare uno psicologo o uno psichiatra. A seconda del modo in cui psichiatra e psicologo trasformano il proprio lavoro, è possibile che essi trovino un proprio ruolo. Non sono in condizioni di dire astrattamente ciò che deve fare lo psicologo o lo psichiatra. Credo che la signora che ha fatto la domanda possa trovare da sola la risposta tenendo conto di quello che ho detto finora.

D: Essendo il malato mentale un deviante, ed essendo la società industrializzata una produttrice di devianti, non è forse ideologica l'apertura del manicomio? Questa società non utilizza forse lo psichiatra per controllare il deviante nella società stessa e non più attraverso la reclusione?

R: Lei ha toccato un punto molto delicato. Il problema attuale della psichiatria comunitaria si fonda su questo principio. I manicomi esistono ancora in tutto il mondo, ma sono oggetti di antiquariato perché la nuova visione del controllo della devianza viene dai "settori" di tipo francese o dalla politica comunitaria di tipo anglosassone. Credo che potrò parlare domani sera di questa ideologia del controllo sociale attraverso le nuove tecniche.

D: Nella dialettica del processo terapeutico ha maggiore importanza la relazione medico-paziente o quella istituzione-paziente?

R: Penso che la relazione istituzione-paziente abbia il maggior contenuto di controllo. Nell'istituzione il paziente perde sempre, perché essa non dà mai una risposta ai suoi bisogni. L'istituzione non introduce mai nel processo terapeutico l'obiettivo di rispondere ai bisogni del paziente. Invece nel rapporto medico-paziente si può realizzare una relazione tra uomo e uomo, se si crea quella tensione di cui ho parlato più volte.

NOTE.

(1). Film del 1972 di Bernardo Bertolucci, con Marlon Brando e Maria Schneider, considerato "scandaloso", diverse volte sequestrato e dissequestrato e infine proiettato liberamente negli anni ottanta.

LA SCIENZA E LA CRIMINALIZZAZIONE DEL BISOGNO.

Rio de Janeiro
28 giugno 1979.

Nello Stato di diritto che nasce dopo la Rivoluzione francese tutti gli individui sono formalmente eguali sul piano giuridico. Lo Stato si incarica di creare una serie di istituzioni che da un lato servono a difendere il cittadino dalle interferenze e dal potere dello Stato stesso, e dall'altro servono a concretizzare i principi astratti di libertà, eguaglianza e fraternità su cui si fonda il patto sociale. E' in questo contesto che nei paesi occidentali si formano le scienze umane e allargano via via i loro territori. E' dal nascente Stato moderno che Pinel riceve la delega a separare nelle prigioni i folli dai criminali. L'istituzione si divide in due parti, manicomio e carcere, e per la gestione di ciascuna lo

Stato delega un suo rappresentante. Nasce allora la figura del frenologo, di cui Pinel è il rappresentante più interessante e dignitoso. Lo Stato che si organizza comincia in questo modo a creare i saperi, le discipline: nasce la frenologia, che poi si chiamerà psichiatria, si sviluppa la pedagogia a mano a mano che si concretizza l'istituzione scuola, e così per la polizia, per l'esercito moderno eccetera. Con lo Stato democratico queste istituzioni si chiamano democratiche.

A distanza di molti anni, dobbiamo dire che queste istituzioni hanno fallito nel loro obiettivo: dovevano difendere il cittadino e invece lo reprimono. Prendiamo la polizia per esempio, istituzione nata per difendere il cittadino nel territorio dello Stato. In Italia, all'entrata dei posti di polizia si legge: "la polizia è al servizio del cittadino", ma non è questo che succede (non so come stiano le cose in Brasile). Se entriamo in un tribunale italiano, dietro la corte che giudica l'imputato, una scritta dice: "la legge è uguale per tutti", ma non è vero, perché la legge è uguale solo per alcuni. Entriamo a scuola e vediamo che la scuola insegna ad alcuni e non ad altri (e oltretutto non si sa cosa insegni...). Per chi viene dalla borghesia o dalla classe media, la scuola è una fase di preparazione per l'ingresso nel circuito produttivo, per altri questo non esiste, anzi neppure arrivano a scuola. La scuola costruita per soddisfare i bisogni delle persone, serve in realtà per stigmatizzarne alcune. 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 (1). Allora, a cosa servono le istituzioni? Evidentemente non servono a tutelare il cittadino ma a difendere e conservare lo Stato. Lo Stato di diritto tutela chi ha da chi non ha. Non voglio fare il sociologo o il politico, ma se esamino la realtà delle istituzioni arrivo alla conclusione che una scienza creata per rispondere ai bisogni della persona serve in realtà a distruggerla, a criminalizzarla.

La nostra vita sociale è piena di questo genere di criminalizzazioni, e la condizione del malato di mente è una di queste. Noi ci siamo chiesti come potevamo superare questi meccanismi di criminalizzazione del bisogno attraverso la creazione di un nuovo tipo di organizzazione, nella quale abbia potere chi oggi è sottomesso, una organizzazione che consenta l'esprimersi della contraddizione tra i due poli del rapporto, tra le due individualità che vivono insieme. Come ho detto altre volte in questi giorni, siamo arrivati alla conclusione che il problema del medico, del rapporto psichiatra-paziente è che continuerà a essere così com'è finché sarà fondato su un sapere determinato in tutto dai medici, dagli uomini di scienza. Nella misura in cui continua a essere fatta da questi signori che non socializzano le proprie scoperte, le proprie conoscenze, la scienza continuerà ad avere come fine la criminalizzazione dei bisogni. Il problema della ricerca dovrebbe invece essere come aiutare l'uomo a essere capace di affrontare le contraddizioni della propria esistenza.

Ieri sera qualcuno mi chiedeva come mai la libertà arriva sempre e solo dalla liberazione degli oppressi. Penso che anche noi dobbiamo scegliere questa strada, usando la libertà di chi è oppresso, ben attenti a non usarla per opprimere ancora una volta ma per vivere insieme, aperti alla libertà dell'altro.

DOMANDA: Ma questo discorso vale solo per il manicomio e per la psichiatria?

RISPOSTA: Finora abbiamo discusso del manicomio e della psichiatria, ma se discutessimo della scuola arriveremmo alla stessa conclusione. La violenza con cui si esercita l'insegnamento e si istituzionalizzano i bambini a scuola somiglia molto a quella del manicomio. Ma è lo stesso addestramento scolastico a non aver senso. Per quale ragione i bambini devono iniziare la scuola a cinque anni e non a tre o quattro anni? Non c'è nessuna ragione, dato che ciò che il bambino apprende a cinque anni può apprenderlo anche a tre, e infatti nelle famiglie borghesi i bambini iniziano la scuola sapendo leggere e scrivere, al contrario dei bambini proletari. La differenza di cultura tra i due determina già dall'infanzia la relazione tra oppresso e oppressore. Il bambino

proletario è già stigmatizzato entrando a scuola, come è stigmatizzato il malato che entra in manicomio.

Ritornando alla osservazione della signora, voglio sottolineare che infanzia e adolescenza sono nate nel Diciannovesimo secolo con tutti i loro regolamenti e mitologie. Non che prima l'infanzia non ci fosse, ma è in questo secolo che è stata regolarizzata e istituzionalizzata, come è accaduto più tardi con l'adolescenza. Nei vari meccanismi di controllo dell'adolescenza la medicina ha avuto un ruolo importante. Si pensi al problema della masturbazione, cosa normalissima e comunissima, che un tempo era repressa come peccato e colpa. Si diceva persino che avrebbe potuto causare malattie. Così cominciava allora il controllo sociale della sessualità, criminalizzando l'adolescente che si masturbava. Altro esempio è la criminalizzazione della donna: la donna che non si sottomette all'uomo è considerata una puttana, perché non rientra nella regola che una donna deve seguire nel rapporto con l'uomo.

In questo senso, il problema della malattia mentale è qualcosa di totalmente inventato. Come è stata inventata l'infanzia, come è stata inventata la donna, è stata inventata anche la malattia mentale. Quelli che dicono che la malattia mentale non esiste, e che in questo modo vogliono negare l'esistenza della follia, sono degli imbecilli che non hanno il coraggio di portare sino in fondo l'analisi della vita che viviamo.

Dire che il bambino non esiste è una maniera di affermare la sua esistenza, e dare tutta la forza al bambino, perché egli non sia controllato e viva la nostra vita. Il bambino, nel Quattrocento e nel Cinquecento, faceva la stessa vita degli adulti. La tipica casa fiorentina aveva, nello spazio della toilette, vari buglioli per l'eventualità che tutta la famiglia avesse problemi di evacuazione, e il bambino stava sempre insieme ai genitori. In quei secoli, l'evoluzione della sessualità avveniva in maniera non puritana, più spontanea. Ripeto, dire che il bambino non esiste è affermare la sua esistenza. Nel momento in cui dico che la malattia mentale non esiste nella forma in cui ora si presenta, io affermo l'esistenza della follia e mi oppongo al controllo, all'oppressione del folle.

D: Considerando che il malato mentale è un deviante, e che la società industriale è produttrice di devianti, l'apertura del manicomio potrebbe essere vanificata dalla riproposizione di nuovi meccanismi di controllo. Cosa si può fare per evitare che la psichiatria venga nuovamente usata come controllo sociale?

R: Il sistema sociale crea sempre nuovi operatori per affrontare il problema del controllo, che va ben oltre la psichiatria. Oggi la grande "nouvelle vague" della salute mentale è che non si deve curare ma prevenire la malattia, ovvero creare un numero infinito di operatori per controllare la vita sociale. Prevenire la malattia in generale, e non solamente la follia, è molto importante, ma il problema è che questa prevenzione oggi ha come solo riferimento la produttività, il modo di produzione.

Noi sappiamo che quanto più la società industriale si amplia, tanto più aumentano le malattie professionali. Anche la medicina del lavoro comincia a essere una scienza molto importante per il sistema. Sia per la psichiatria che per la medicina del lavoro, il nostro sistema sanitario cerca di organizzare una rete forte, importante, perché deve far entrare nella produzione le persone che eventualmente si ammalano. Io penso sia difficile evitare questo, e in fondo mi sembra inutile andare predicando su ciò che il sistema sociale fa e non fa. Il problema è che le persone devono prendere coscienza politica dell'alienazione e della violenza in cui vivono. Per esempio, se in una famiglia vi è un bambino handicappato, i genitori che hanno bisogno di lavorare hanno due possibilità: o uno dei due non va a lavorare e si prende cura del bambino, o lo mettono in istituto. Il nostro dovere di medici è spiegare ai genitori che non devono mettere il bambino in istituto perché là diventerà ancora più handicappato. E' evidente che così si stimola la coscienza politica della famiglia, che può pretendere, per esempio, la creazione di asili dove il bambino possa andare quando i genitori lavorano. Si tratta di un diritto del cittadino, e noi come tecnici dobbiamo promuovere questa coscienza dei diritti.

D: Quando una persona viene criminalizzata, lo è in funzione dei suoi bisogni o in funzione dell'aspettativa degli altri?

R: Penso che ciascuno di noi può essere stigmatizzato, criminalizzato quando non è più utile all'organizzazione sociale, che può eliminarti anche col pregiudizio e il preconconcetto. Per esempio, se voglio eliminare una persona che mi è antipatica, posso dire che è stupida: è il modo più tranquillo di eliminare qualcuno. Nella misura in cui convinco gli altri che questa persona è stupida, essa sarà considerata davvero stupida. E' la storia di quel paziente che va dallo psicoanalista e dice "dottore, ho un complesso di inferiorità, tutti mi dicono che sono cretino e questo aggrava il mio complesso di inferiorità". Su suggerimento dello psicoanalista, questo cliente comincia a parlare, parlare, parlare. Lo psicoanalista gli dice "ragioni, per favore" ma il paziente continua a parlare, parlare. Lo psicoanalista allora sta zitto e dopo alcune sedute, con la sua autorità psicoanalitica gli dice "ho capito, lei non ha un complesso di inferiorità, lei è realmente cretino". Questo è un esempio di come il paziente può essere criminalizzato, e mi sembra che faccia capire meglio il concetto di criminalizzazione.

D: La psichiatria e tutte le sue tecniche sono codificate dalla classe dominante. Nel lavoro che voi avete sviluppato, organicamente collegato alla classe operaia, in che modo è avvenuta operativamente la decodificazione?

R: Bisogna sapere qual è il codice della classe oppressa. Se noi non conosciamo questo codice, o meglio, se la classe oppressa non esprime un codice di riferimento davvero nuovo, che non sia un altro codice di oppressione, non potremo creare nessun nuovo sapere. Non dico questo perché penso che dobbiamo trovare il paradiso terrestre. Penso invece che dobbiamo costruire dei codici di riferimento in modo sufficientemente dialettico, perché ogni codice può diventare repressivo anche se contiene elementi di liberazione.

D: Come è stato detto, il potere tenta sempre di recuperare le conquiste. Mi sembra che questa conquista nel settore della salute mentale debba investire altri movimenti istituzionali, perché in verità è indispensabile superare non solamente il manicomio, ma anche la scuola eccetera. Insomma, per cambiare queste istituzioni bisogna rinnovare la società e il suo modo di produzione.

R: Certo, l'organizzazione sociale, il potere hanno sempre la possibilità di recuperare le trasformazioni. Ma il potere non è infinito. E' molto difficile recuperare la pratica, mentre è molto facile recuperare l'ideologia. Allora dobbiamo stare attenti a ciò che consideriamo rivoluzionario, che non è creare ideologie ma riflettere sulle cose che in pratica trasformiamo. Questo è molto difficile da recuperare. Nel mio caso per esempio, io non vado in giro per il mondo perché sono una star della liberazione, io sono un testimone, uno che porta un messaggio. Anche se i giornali in Italia parlano di me, e magari di ciò che abbiamo fatto come di un paradiso terrestre, la nostra azione pratica non è stata recuperata.

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. E' quello che già ho detto mille volte: noi, nella nostra debolezza, in questa minoranza che siamo, non possiamo vincere perché è il potere che vince sempre. Noi possiamo al massimo convincere. Nel momento in cui convinciamo, noi vinciamo, cioè determiniamo una situazione di trasformazione difficile da recuperare.

D: Quale rapporto c'è stato tra questa azione trasformatrice e alcuni gruppi politici di sinistra esistenti in Italia, i movimenti estremisti, per esempio?

R: Alcuni di questi movimenti e gruppi, come il movimento studentesco e il movimento delle donne, sono stati per noi molto importanti, e fanno parte della grande vicenda del Sessantotto. Ma successivamente in Italia si sono organizzati movimenti sempre più estremisti e sempre più adialettici, che sono giunti alle estreme conseguenze del partito armato, del terrorismo, delle Brigate Rosse. Credo che l'estremismo dei gruppi abbia avuto senso fino a un certo punto, ma poi i gruppi sono caduti in una situazione adialettica determinata dalla loro stessa azione pratica. Si sono allontanati completamente dalla lotta della classe operaia, e secondo me sono entrati nel gioco manipolatore del potere. Oggi l'estremismo è manipolato dal potere, fa il gioco del potere.

D: Come si sono formate le équipes di lavoro nella sua esperienza in Italia?

R: L'addestramento dell'équipe che ha lavorato con me è stato un imparare insieme, perché abbiamo scoperto, giorno per giorno, come la realtà che cambiava era l'opposto della realtà che avevamo imparato fino a quel momento. Formare nuovi quadri non è facile, mentre è facile che una situazione pratica scada in una situazione empirica. Ma è un fatto che i quadri che abbiamo preparato hanno portato avanti la nostra pratica e la nostra filosofia in molte altre parti d'Italia. La nostra è una teoria in formazione.

D: Quali difficoltà sono sorte durante il processo culminato nell'apertura dell'ospedale?

R: Ci sono stati due tipi di difficoltà: una che riguardava gli operatori, in particolare gli infermieri, che erano i più numerosi, circa cinquecento. Erano persone legate all'antico regime, cioè preferivano essere guardiani piuttosto che tecnici di salute mentale. L'altra difficoltà è stata la resistenza della città che non accettava in alcun modo la nuova situazione dei manicomi aperti, perché predominava l'ideologia che il matto era pericoloso e doveva stare chiuso in manicomio. Così l'inizio del lavoro consisteva nel convincere le persone mostrando che le cose non stavano così. Giorno per giorno, abbiamo tentato di dimostrare che cambiando la relazione con l'internato cambiava il senso di questa relazione. L'infermiere ha cominciato a convincersi che il suo lavoro poteva essere diverso, e a diventare così un agente della trasformazione. D'altra parte, per convincere la popolazione era necessario innanzitutto riportare il folle in strada, nella vita sociale. Con questo abbiamo stimolato l'aggressività della città contro di noi. Noi avevamo bisogno di creare una situazione di tensione per mostrare il cambiamento che stava accadendo. Con il tempo la città ha capito cosa stava succedendo. L'importante, nell'addestramento degli infermieri, è stato che il nuovo tipo di realtà li ha portati a non essere più dipendenti dal medico, a essere operatori che potevano prendere decisioni in proprio.

D: La situazione italiana ci insegna che la denuncia deve partire dagli operatori; e credo che noi dobbiamo impegnarci su questo.

R: E' molto importante ciò che lei dice, la speranza che possa nascere un movimento di operatori capace di denunciare la situazione in cui vivono le persone. Ma l'importante è che la denuncia vada oltre la denuncia, altrimenti viene recuperata come puro scandalo. E' necessario cambiare la realtà della situazione che si denuncia, e nello stesso tempo è importante dar voce alle persone perché prendano coscienza della situazione nei manicomi e nelle cliniche private.

NOTE.

(1). Basaglia ha posto questi temi in diversi testi, tra l'altro in "Le istituzioni della violenza" in: "L'Istituzione negata" (1968), Baldini&Castoldi, Milano 1998 e "La scienza e la criminalizzazione del bisogno" in: "Scritti" vol. 2, cit, p 310.

IL POTERE DELLO STATO E L'ASSISTENZA PSICHIATRICA.

Rio de Janeiro, ospedale delle cliniche universitarie
29 giugno 1979.

Vi ringrazio di avermi invitato in un ospedale universitario, a parlare con studenti e medici che non lavorano nelle cliniche private ma nel pubblico: è molto importante poter discutere di problemi analoghi a quelli che noi abbiamo in Italia.

Credo che se non cambia la logica dell'ospedale non ci potrà essere alcuna trasformazione della medicina e dell'assistenza psichiatrica. Se cambia la logica dell'organizzazione sociale ma la corporazione medica non vuole cambiare, medicina e psichiatria saranno sempre un mezzo di oppressione di quei cittadini che il medico ha in cura. Penso che il medico sia uno dei nemici peggiori del malato, non perché è cattivo ma perché la logica in cui è inserito lo obbliga a opprimere e a violentare il malato. Questo diventa evidente nel manicomio e meno negli ospedali generali.

Nell'ospedale generale la relazione medico-paziente è, da parte del medico, una relazione di dominio e di violenza. Il paziente è un oggetto sul quale il medico esprime tutto il suo potere terapeutico. Il risultato di questa relazione dovrebbe essere la cura. Ma quale cura? Se noi esaminiamo la cura praticata in qualsiasi reparto, vediamo che il malato in ospedale è nelle stesse condizioni dell'operaio in fabbrica: si entra malati nella catena di montaggio ospedaliera e si esce da una delle due porte: o curati o morti. Questa è la storia della "fabbrica della cura", ma che cura cosa? Cura solo il corpo, e la persona non è solo corpo.

Per far capire meglio ciò che voglio dire, citerò una ricerca fatta negli Stati Uniti. Un gruppo di studenti del primo anno di medicina furono intervistati sulle motivazioni che li avevano portati a studiare medicina. Il risultato fu che la quasi totalità studiava medicina per ragioni sociali e aveva l'obiettivo di servire i bisogni della gente. Questi studenti furono nuovamente intervistati alla fine degli studi e si scoprì che la maggioranza aveva perduto ogni disponibilità sociale e l'unico interesse era quello di far soldi per investire il capitale di sei anni di studio. Che cosa era accaduto in quegli anni? Era cambiata la testa di queste persone? Penso di sì, perché l'università ha questo obiettivo, cambiare l'etica dello studente, corromperlo, farlo diventare un'arma docile e manovrabile nelle mani del potere per creare un'organizzazione, quella medica, tra le più oppressive, persino più oppressiva della magistratura.

Di fronte al quadro apocalittico che ho appena fatto, si potrebbe pensare che il medico è il torturatore del malato. E da un certo punto di vista penso che lo sia, mentre dovrebbe essere una persona che lo aiuta a curarsi, che gli restituisce la vita. Cosa fare allora? Cambiare la medicina e l'organizzazione medica è difficile. Ma la medicina è troppo importante per essere lasciata nelle mani dei medici. La medicina deve essere esercitata dal medico come mediatore della relazione tra la società e il malato. Se non è così, il medico diventa il padrone del suo malato. Senza una sorta di "supervisione politica" della sua azione, il medico eserciterà l'arbitrio più di quanto immagini perché ha una grande scusa: i limiti della scienza. Quando accade per qualche ragione che un malato muore, la risposta immediata è "la scienza ha i suoi limiti", ed è vero. Però, chi controlla questa scienza? Altri medici. Come si dice dalle mie parti, "cane non mangia cane". E' per questo che noi medici democratici abbiamo rifiutato la complicità della mafia medica, non accettiamo più il manicomio anzi lo distruggiamo. Per questo chiediamo l'aiuto di chi vuole l'emancipazione dell'oppresso. Non l'aiuto della gente in generale, ma l'aiuto delle organizzazioni popolari, delle organizzazioni dei lavoratori. Abbiamo capito che l'unica vigilanza possibile sulla pratica medica è quella esercitata dagli utenti, che siano organizzati o meno in partiti e sindacati.

Voi che siete medici e operatori sanitari e che mi avete ascoltato finora, penserete che non ho parlato di medicina, e che questo discorso è un comizio politico condotto in modo demagogico. E

siccome qui non ci sono elezioni, è un comizio totalmente inutile. Pure penso che queste dichiarazioni emotive vi hanno trasmesso anche qualcosa di ciò che possono essere la nuova medicina e la nuova psichiatria. Noi medici democratici non vogliamo distruggere nulla, non vogliamo fare nessuna rivoluzione. La nostra lotta è una rivoluzione silenziosa che si combatte giorno per giorno con l'obiettivo di cambiare la testa della gente. Aprire il manicomio non vuol dir nulla. Lo si può fare senza problemi in modo burocratico: se il potere vorrà distruggere tutti i manicomi che ci sono, lo farà perché come li ha costruiti può anche distruggerli. Gira e rigira è sempre la stessa merda, e noi dobbiamo rifiutarci di girare sempre la stessa ruota. Vogliamo invece che la medicina esprima qualcosa che va oltre il corpo, qualcosa che sia espressione del sociale, qualcosa che prenda in considerazione l'organizzazione nella quale viviamo. Io non penso che l'uomo sia fatto esclusivamente di psicologico, o esclusivamente di un corpo biologico. Non credo nemmeno, d'altra parte, che sia fatto solo di sociale. Credo che l'uomo sia il risultato di una integrazione di tutti questi livelli e, prendendo in considerazione tutti questi fattori, noi medici dobbiamo essere allo stesso tempo biologi, psicologi, sociologi. Se non succede questo, saremo sempre dei torturatori dei malati.

Ciò che è accaduto in Italia è stato molto semplice e banale. Abbiamo rifiutato il potere che ci era stato conferito col ruolo di medici, il potere che viene dalla classe dominante e che ci dà la possibilità di opprimere il malato, e abbiamo cercato un nuovo patto, un impegno con la parte oppressa della società. Quando apriamo il manicomio mettiamo in crisi la nostra professione, perché diamo al malato la possibilità e le condizioni per criticare la nostra azione pratica.

Se si entra in un manicomio di qualsiasi parte del mondo, l'internato domanda sempre al medico "dottore, quando torno a casa?". E il medico risponde sempre "domani". Un domani che non significa nulla, un domani che sarà sempre un oggi di internamento eterno. Invece quando si apre il manicomio la persona ha il diritto di fare ciò che vuole, rimanere o andarsene. Perciò quando il malato chiede quando andrà a casa, il medico sarà obbligato a iniziare un dialogo con lui, e in questo dialogo cessano di esistere oggetto e soggetto, ci sono due persone che diventano due soggetti. Se non accettiamo questa logica della contraddizione nella relazione fra due persone, penso che dovremmo andare a vendere banane anziché fare i medici.

Spero che nel dibattito possiamo approfondire questi temi. Noi medici abbiamo un pessimismo incredibile riguardo al nostro lavoro, che è il pessimismo della ragione. Il medico ha studiato che le cose sono come sono. Come il bambino a scuola, il medico ha studiato che uno più uno fa due. E' questa la sua logica riguardo al mondo in cui vive. E' pessimista perché c'è sempre questo limite, che uno più uno fa due. E' il pessimismo della ragione, patrimonio del tecnico e dell'intellettuale borghese. Noi medici democratici proponiamo un altro tipo di logica, quella che uno più uno può fare due, o quattro, o cinque, o dieci. Diciamo questo non perché abbiamo ricevuto l'illuminazione dallo Spirito santo, ma perché la pratica ci ha dimostrato che uno più uno può fare tre o cinque. Se il concetto base della psichiatria era che il folle è pericoloso così come uno più uno fa due, noi abbiamo dimostrato che il folle è pericoloso come qualsiasi altra persona che agisce nella società, ha la stessa probabilità di essere pericoloso. La pratica ha cambiato il risultato di uno più uno. Abbiamo messo l'ottimismo della volontà al posto del pessimismo della ragione.

DOMANDA: Credo che ciò che Basaglia ha detto corrisponda a verità. In quanto psichiatri, con la responsabilità dell'uso degli strumenti che abbiamo a disposizione, non possiamo difendere una medicina caricaturale ed elitaria, una medicina e una psichiatria così repressive. Avendo quarant'anni di pratica psichiatrica, conosco il sistema psichiatrico e ciò che rappresenta per noi questa psichiatria repressiva. E anche noi combattiamo, anche noi siamo alla ricerca di una soluzione umana e reale per i problemi di salute mentale e per i problemi del malato. Non neghiamo le critiche fatte. Dobbiamo analizzarle e cercare la nostra strada. La psichiatria che facciamo è quella che ci pone di fronte a un modello repressivo che noi non difendiamo. Quando Basaglia dice che dobbiamo difendere l'uomo nei suoi tre aspetti, psicologico, biologico e sociale, è questo che facciamo. Altrettanto importante è la critica al pessimismo della ragione, contro il quale si sono sviluppati tutti i movimenti "anti" degli anni Sessanta: antipsichiatria, antipsicoanalisi, antiscienza,

antiletteratura... Ci troviamo quindi in presenza di una crisi del razionalismo del Ventesimo secolo. D'altro lato, non possiamo tralasciare ciò che ha detto un grande economista. "Sfortunatamente l'umanità è condannata al progresso tecnologico", per cui anche la nuova filosofia e il nuovo razionalismo devono essere analizzati. Dobbiamo verificare se l'influenza della scienza e della tecnologia sia realmente qualcosa di positivo per l'uomo teso verso il sapere, e per il nostro agire di fronte al malato.

RISPOSTA: Sono d'accordo con ciò che il professore ha detto, ma vorrei fare due osservazioni. Lei dice che ciò che io faccio, ciò che noi facciamo è quello che gli psichiatri fanno. In Italia, la maggioranza degli psichiatri non fa ciò che noi facciamo; preferiscono mantenere i manicomi chiusi in una gestione psichiatrica funeraria, e questo si fa in tutto il mondo. Ora, non mi sembra che sia in corso un'azione di liberazione concreta nelle istituzioni brasiliane, c'è semmai un confronto fra desiderio e realtà. Sono d'accordo col professore quando dice che vuole che la psichiatria si trasformi, ma è necessario farlo, non solo dirlo. Penso che in Brasile stia emergendo una volontà di cambiare, e mi permetto di dire al collega che sarebbe necessario che la Società brasiliana di psichiatria appoggiasse tutti questi tentativi di cambiamento. So che anche qui tra di noi dei tentativi di cambiamento ci sono, ed è necessario dare una copertura, una validazione tecnico-scientifica a questo cambiamento perché possa rappresentare un cambiamento reale della Società brasiliana di psichiatria. E' necessario però trasformare il dire in fare.

L'altro tema cui il professore fa riferimento è il fatto che in questo secolo si parla molto di "anti" questo e "anti" quello. Vorrei precisare, e ho molti testimoni qui, che non ho mai parlato di "anti". Io non sono un antipsichiatra perché questo è un tipo di intellettuale che rifiuto. Io sono uno psichiatra che vuole dare al paziente una risposta alternativa a quella che gli è stata data finora. Penso che fortunatamente tendiamo verso un nuovo umanesimo e non credo che l'umanità sia condannata al progresso. Penso che l'uomo ha sempre combattuto contro la natura e oggi si trova nella contraddizione di lottare contro la natura e di ottenere dei risultati che però lo uccidono. Non è più in contraddizione con la natura ma in opposizione. Non è la contraddizione che uccide l'uomo ma l'opposizione. Dobbiamo far sì che questo progresso sia utile all'uomo e non sia contro di lui. Penso che alla fine sia una questione di controllo: se c'è una oligarchia che controlla il progresso, sarà facile che questo sia contro l'uomo, ma se è l'uomo a controllare il progresso sarà più facile che esso sia a suo favore.

D: Vorrei sapere qual è stato nell'esperienza italiana l'appoggio dato dalla popolazione e dalle organizzazioni popolari all'apertura del manicomio.

R: Non è facile rispondere a questa domanda perché l'appoggio delle organizzazioni popolari è stato ottenuto con delle lotte. Bisogna pensare che le persone che stanno nei sindacati e nei partiti hanno la stessa ideologia di chiunque altro, cioè anche per loro il matto è pericoloso. Bisogna dimostrare in pratica che questo non è vero e convincerli che ciò che si vuole è l'emancipazione dell'uomo. Solo con la pratica siamo riusciti a convincerli che l'assistenza al malato di mente poteva essere diversa. Quando abbiamo dimostrato a queste organizzazioni popolari che i nostri utenti venivano dalla classe operaia, e che noi non avremmo potuto agire senza il loro appoggio, o perlomeno il supporto politico, siamo riusciti a ottenere il loro sostegno al nostro lavoro, all'inizio timidamente e poi in modo sempre più forte e attivo. Tanto è vero che un anno fa i partiti hanno presentato in parlamento una proposta di legge per la trasformazione dell'assistenza psichiatrica. Questa legge, che è stata poi approvata, stabilisce che non si possono costruire nuovi manicomi e si devono eliminare col tempo quelli esistenti.

Quando una legge viene approvata questo non vuol dire che domani sarà applicata. E' necessaria molta vigilanza perché la legge sia messa in opera. Perché quando una legge dello Stato decreta la fine dell'era manicomiale vuol dire che il popolo ha fatto grandi conquiste sociali, e questo non è merito degli psichiatri, non è merito dei medici, è merito di tutto un popolo che vuole sollevarsi dalla morte, dall'oppressione. L'Italia non è un paradiso terrestre, è un paese pieno di contraddizioni,

un inferno come tutti ma con una speranza, la speranza di vivere in modo diverso, la speranza che domani sia davvero un altro giorno.

D: In che modo la sua esperienza si è riflessa nell'insegnamento della medicina e nella formazione degli psichiatri in Italia? Quali altre esperienze si sono sviluppate in Italia per la democratizzazione della medicina?

R: Penso che purtroppo la nostra struttura universitaria sia una delle più reazionarie. E' molto difficile entrare nell'università, chiusa com'è dentro un recinto che difende l'istituzione, e l'insegnamento è ancora nelle mani del vecchio potere universitario. Direi che tutto l'apprendimento reale avviene fuori dell'università. La Società italiana di psichiatria, che è nelle mani degli universitari, è una delle più reazionarie d'Europa, e cerca una situazione di cambiamento con metodi manipolatori e con il riciclaggio di vecchie idee. Parla ma non fa. Io sono entrato nell'università tre volte e per tre volte sono stato cacciato. La prima volta, dopo tredici anni come assistente universitario, quando ero come si dice "alla vigilia della cattedra", il professore mi disse "ascolti, Basaglia, penso che sia meglio che lei vada a lavorare in manicomio". E così diventai direttore del manicomio di Gorizia. La seconda volta, sull'onda della ribellione del Sessantotto, fui incaricato dell'insegnamento di Igiene mentale all'Università di Parma, incarico che ho esercitato per otto anni, durante i quali sono stato isolato come un appestato. Fortunatamente avevo molti allievi che frequentavano le mie lezioni e così spero di aver "corrotto" un bel po' di gente. La terza volta ho vinto il concorso nazionale per ordinario e mi hanno proposto la cattedra di neuropsichiatria geriatrica, con l'evidente volontà di emarginarmi. Ho preferito rifiutare e tornare in manicomio. Questa è la risposta alla domanda sull'università.

La seconda domanda si riferisce al problema della medicina democratica. In Italia esiste una organizzazione che si chiama Medicina democratica, ma che in un certo senso non ha una pratica reale. Esistono diverse esperienze molto importanti di medici del lavoro, che sono nostri alleati e lavorano con gli operai sul problema della nocività nei luoghi di lavoro e nell'ambiente.

D: Circa vent'anni fa, in occasione di un'autopsia eseguita dal dottor Mendonça, questi, dopo aver fatto diagnosi di tubercolosi generalizzata, pronunciò questa frase, rimasta famosa: "Nella pratica, la teoria è differente". Quando noi diciamo che i medici sono oppressori del malato, teoricamente affermiamo una verità. Ma nella pratica tutto cambia, perché il potere medico, in particolare il potere esecutivo del medico, rimane molto grande. Il medico esercita una forte influenza sulla società e non vuole rinunciare al suo potere. Ciò accade in qualunque sistema sociale, negli Stati Uniti, in Inghilterra, in Italia e anche in Russia, che è un paese comunista. In tutti questi paesi il medico appartiene a una élite: è lui che decide chi è malato, chi deve essere curato e chi deve curare. Anche i movimenti dei medici sorti ultimamente costituiscono un potere separato rispetto alla popolazione e ai suoi bisogni. Negli Stati Uniti, come in Italia, le università sono nelle mani della parte più reazionaria dei medici. In Brasile sia gli ospedali universitari sia gli ospedali pubblici sono baluardi che non sono al servizio dello Stato. Quindi nella pratica le cose sono diverse. Voi tutti conoscete la storia del divano. E' la storia del marito che sorprende una volta alla settimana la propria moglie sul divano con l'amante e per risolvere la situazione si limita a portar via il divano. Lottare contro l'ospedale psichiatrico è come portare via il divano. Noi sappiamo che la grande maggioranza delle malattie mentali ha una origine sociale ed economica, per cui a nulla vale fare un certo tipo di psichiatria piuttosto che un'altra. Per risolvere davvero il problema delle malattie mentali dobbiamo prima risolvere i problemi sociali ed economici. Io penso che un cambiamento solo a livello medico non serva a nulla.

R: Ho l'impressione che lei sia Dio e che parliamo due lingue totalmente diverse. I nostri concetti e la nostra maniera di vedere il mondo sono totalmente diversi e mi pare anche che la sua visione del mondo sia di un pessimismo raro. Dato che lei ha ironizzato sul marito che porta via il divano, io le racconto un'altra storia, quella del marito che si castra per far dispetto alla moglie. Questa è la

soluzione masochista di una persona che non vede alcuna soluzione per la propria esistenza. Se il medico è sempre stato lo stesso da che mondo è mondo, se il suo obiettivo è sempre stato quello del potere e se lotterà sempre per questo potere, allora possiamo chiudere baracca e andarcene. Ma noi invece siamo qui, per vedere se insieme possiamo cambiare il nostro ruolo di oppressori, e questo è possibile. Lei dice che negli Stati Uniti o in Unione Sovietica il medico è sempre lo stesso, e io le dico che non mi interessa affatto perché noi vogliamo un mondo diverso, sia dall'Unione Sovietica che dagli Stati Uniti, vogliamo una società diversa sia dal regime capitalista che da quello comunista. Noi non vogliamo, come ho detto altre volte, modelli di psichiatria italiana o americana; vogliamo che non ci sia una situazione di imperialismo, ma, al contrario, pensiamo che il problema psichiatrico si possa risolvere "brasilianamente". E brasilianamente vuol dire internazionalmente. Il problema è che serve una psichiatria nazionale legata alla realtà internazionale. L'internazionalismo della medicina può stimolare, aiutare il medico a trasformare il suo ruolo e finalmente a smetterla di essere il padrone del malato.

LE CONFERENZE A BELO HORIZONTE.

I DUE VIAGGI A BELO HORIZONTE.

La testimonianza di Antonio Soares Simone e il dibattito di luglio (*).

Penso che sia interessante cercare di situare il lettore nel clima che si era creato dopo una settimana di lavoro con Franco Basaglia, al quale avevamo fatto vedere tutta la rete degli ospedali psichiatrici pubblici che facevano parte della "Fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais", cioè l'ospedale Galha Veloso, l'istituto Raul Soares, e il "Centro hospitalar psiquiátrico di Barbacena". La visita ai primi due ospedali lo aveva già impressionato, lasciandolo molto scosso. La visita al terzo ebbe su di lui un impatto tanto violento da lasciarlo profondamente depresso. Basaglia, che doveva parlare di comunità terapeutica, arrivò alla sede del corso ma non voleva parlare. All'inizio ci fu un silenzio pesante e depressivo ma il pubblico lo incitava a parlare. Basaglia si mise allora a parlare della storia della psichiatria scandendo il suo discorso con frasi come "è necessario lottare dall'interno dell'istituzione". Parlando dell'epoca pre-pineliana, disse: "ci sono posti nel mondo in cui la storia si è fermata", e "ci sono situazioni in cui è impossibile trovare soluzioni di compromesso perché se lo facciamo stiamo andando al compromesso con la morte, e con la morte non c'è compromesso possibile". Basaglia, che in questi giorni aveva visto una situazione che lui stesso definiva "peggiore di un campo di concentramento", commosse il pubblico. Aveva visto milleseicento persone rinchiusi in cortili lerci, sedute sulle proprie feci, nude e legate. Aveva visto la fame e la degradazione umana fabbricata dall'ospedale psichiatrico, aveva sentito i lamenti e le richieste di persone che non avevano altra speranza che la morte, e aveva sentito anche frasi gelide come questa del direttore di Barbacena: "Di fronte a un malato, su cui voi sapete che non hanno effetto né farmaci né alcun altro trattamento, la soluzione è il metodo medievale: legarlo mani e piedi e lasciarlo marcire in una cella fino a quando non arriva un neurochirurgo che trasforma questa persona in un vegetale togliendogli volontà ed emozioni".

Nei giorni successivi, la proposta di aprire il seminario al pubblico e di far vedere il documentario su Barbacena fu accolta calorosamente e Basaglia riorganizzò il dibattito coinvolgendo quanti avevano partecipato al documentario. Cominciarono così a prendere corpo suggerimenti e proposte e cominciò ad allargarsi il numero di persone e di organizzazioni che si coinvolgevano. Oltre ai dirigenti delle associazioni che avevano promosso il seminario (1) incontrammo rappresentanti delle infermiere, degli psicologi, delle assistenti sociali, del sindacato dei medici, del movimento delle donne per l'amnistia, le operaie della lista di opposizione del sindacato dei tessili, deputati federali, ex prigionieri politici e una donna ex paziente. Arrivarono anche rappresentanti dei comitati di quartiere, giornalisti, persone legate ai gruppi alternativi di San Paolo e Rio de Janeiro e

rappresentanti del "Centro Brasil Democrático".

E' in questo clima effervescente che si sviluppa il dibattito del 7 luglio che conclude questo viaggio di Basaglia in Brasile. Finalmente il meccanismo si era messo in moto.

DOMANDA: Sappiamo che in Unione Sovietica la psichiatria è usata per controllare la dissidenza politica. Ma anche qui in Brasile ci sono situazioni simili. A San Paolo è accaduto un fatto concreto, protagonista un giovane di nome Ivan Seixas. Ivan appartiene a una famiglia di militanti politici. Suo padre morì sotto tortura e in quell'occasione Ivan fu incarcerato. Il tempo passava e le prove presentate contro di lui non erano convincenti. Allora Ivan fu internato nell'ospedale psichiatrico di Taubaté. Rimase molto a lungo internato in questo ospedale e uscì solamente grazie alle pressioni dei movimenti di Amnistia Nacional e Amnesty International. Un altro caso verificatosi a San Paolo, è il caso Galdino. Egli partecipò a un movimento contadino e fu per questo dichiarato "schizofrenico paranoide" e internato per lungo tempo nel manicomio giudiziario "Franco da Rocha". La perizia psichiatrica, fatta in seguito da due colleghi di San Paolo, dimostrò che egli non era affatto un malato mentale. Ho citato due casi - Ivan e Galdino -, ma se indagassimo più a fondo credo che scopriremmo altri gulag in Brasile.

RISPOSTA: Il problema dei dissidenti politici è un problema specifico, cioè è il problema di una persona che è dichiaratamente dissidente e che per questo è internata come malato mentale. E' questo che si denuncia in Unione Sovietica e che, secondo questa testimonianza, sembra esista anche qui in Brasile. Sappiamo di due casi, e questo significa che ce ne saranno molti altri. Questa però è solo una parte del problema.

Vorrei fare qui qualche considerazione sul significato del manicomio come strumento di controllo sociale. Quali problemi psichiatrici hanno un alcolista o un drogato? Penso nessuno. I loro sono problemi legati a delle contraddizioni sociali. Dovremmo semmai domandarci: perché l'alcolista beve e il drogato si droga? Perché, evidentemente, non sopportano la pressione, la violenza della società in cui vivono. Sono, direi, delle condizioni "politiche" che li portano poi a essere internati come persone socialmente pericolose. Allora io mi domando: che differenza c'è fra un alcolista, un drogato e un dissidente politico sovietico? La differenza è che il dissidente politico sovietico è un intellettuale e quando si tocca con un dito un intellettuale, di qualunque paese sia, la stampa di tutto il mondo si ribella; ma quando un alcolista povero è internato a Barbacena, nessuno si rivolta e tutti accettano la situazione, accettano la vergogna e la violenza di Barbacena come una cosa inevitabile. Io penso che tutti gli internati nei manicomi sono dissidenti politici.

Qualche anno fa, gli psichiatri riuniti nel congresso internazionale di Honolulu (2) chiusero i loro lavori con una mozione nella quale si condannava l'esistenza dei gulag psichiatrici in Unione Sovietica. Bene, questi difensori della libertà, questi paladini della democrazia a Honolulu, non ebbero una parola per denunciare i gulag che loro stessi gestiscono. Penso che, in questo modo, in questo congresso internazionale, gli psichiatri hanno firmato la propria condanna a morte di fronte al mondo, perché se i gulag sovietici sono una vergogna, una vergogna non minore sono i gulag civili dei nostri paesi.

D: In un incontro di qualche giorno fa, Basaglia ha posto il problema in questi termini: non serve parlare, dobbiamo fare. Ed è proprio questa la sfida che abbiamo accettato assumendo la presidenza dell'Associazione brasiliana di psichiatria. Certamente dobbiamo cambiare la psichiatria, e noi non vogliamo una psichiatria elitaria ma una psichiatria che possa aver cura di tutta la popolazione. Ma se per questo è necessario riformare tutta la società, questo non è compito dello psichiatra. Sarebbe onnipotenza pensare che il nostro ruolo è cambiare la società: noi abbiamo un ruolo importante perché il malato ha bisogno di noi e noi dobbiamo trattarlo come si deve. Se la società è sbagliata, questo è un altro problema, che non è alla nostra portata.

R: Voglio dire solo questo: che non sono assolutamente d'accordo con nessuna delle cose che il professore ha detto. Soprattutto su un aspetto: 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... Trasformando il campo istituzionale in cui lavoro io cambio la società, e se questo è onnipotenza, viva l'onnipotenza!

D: Sono psichiatra e anche psicoanalista, e dovrei vergognarmene visto che oggi siamo stati informati della funzione repressiva di tutto il sistema "psy". Voglio porre il problema di come si può realizzare un cambiamento. Ci sono nel nostro campo due posizioni: da un lato la pressione popolare e dall'altro quelle forze del sistema che sono possibiliste su un cambiamento purché coincida con i loro interessi. So che faccio un ragionamento non molto eroico, ma in questo momento secondo me invece di protestare, di accusare, di denunciare, dobbiamo pubblicizzare i vantaggi di un sistema psichiatrico diverso da quello attuale...

R: Evidentemente lei non è stato presente in questi giorni e solo oggi ha preso coscienza di quello che stava succedendo e del clima direi di entusiasmo che ci ha preso. In questi sette giorni noi abbiamo parlato e abbiamo fatto delle proposte, magari anche eroiche, abbiamo cercato di capirci e di essere dentro la situazione che stiamo vivendo, e abbiamo cercato di vedere quali sono le alternative possibili in riferimento a una situazione pratica che è quella che ho portato dall'Italia.

Penso che la mozione presentata qui e che porteremo al governatore magari non avrà conseguenze pratiche ma, tuttavia, è la dimostrazione di ciò che è successo in questi giorni, del pensiero e degli obiettivi di centinaia di persone che si sono messe d'accordo e si sono orientate verso un'azione pratica comune. Certamente è vero che non si fanno trasformazioni o rivoluzioni eccetera con pezzi di carta e con appelli, specie se questi messaggi non partono da coloro che detengono il potere. Dunque è fondamentale che noi ci organizziamo, che mettiamo in opera situazioni alternative, ma è importante che, nello stesso tempo, protestiamo. Gramsci, che è stato un grande politico rivoluzionario, ha detto qualcosa del genere: che le masse devono protestare ma organizzarsi, organizzarsi ma anche protestare.

Credo che sia giusta l'osservazione che i giovani, i nuovi lavoratori della salute mentale a Belo Horizonte devono prepararsi per proporre alternative, e devono anche imparare ad analizzare queste alternative. Ma ciò che dobbiamo fare è trovare il contenuto reale di questa scienza umana che vogliamo costruire, di questa psichiatria alternativa. Quindi la teoria dovrà essere sempre rovesciata sulla pratica, e dalla pratica potremo trarre teoria.

Penso poi che sia importante mettere d'accordo, conciliare il potere con alternative che siano anche funzionali al potere; e dato che il nostro lavoro è sempre disfunzionale al potere, dovremo anche avere una copertura politica. Ma se dobbiamo creare una organizzazione alternativa che poi non fa altro che riproporre la situazione repressiva di prima, penso che non cambierà nulla, non faremo né rivolta né rivoluzione, rimarremo nello "statu quo".

Infine, sono d'accordo che è necessario studiare, che è necessario teorizzare, ma nella pratica non nella teoria... Per questo io ripropongo l'invio della mozione al governatore di Minas Gerais, perché penso che questo oggi abbia un significato.

NOTE.

(*) Franco Basaglia concluse il suo viaggio di luglio in Brasile con diverse conferenze a Belo Horizonte, delle quali non è stato possibile reperire le registrazioni. Ritornò a Belo Horizonte alcuni mesi dopo, dal 15 al 21 novembre 1979, invitato, con il sociologo Robert Castel, dall'Associazione degli psichiatri dello Stato di Minas Gerais in occasione del loro terzo congresso. Questo secondo viaggio fu una conseguenza diretta del primo: Basaglia aveva, infatti, sostenuto fortemente le denunce degli operatori psichiatrici e delle associazioni locali sulle condizioni inumane degli

internati in alcuni istituti psichiatrici, in particolare nel manicomio di Barbacena. Per far comprendere il clima nel quale maturò il secondo viaggio di Basaglia a Belo Horizonte, durante il quale si svolsero le conferenze, finora inedite, che appaiono in questo capitolo, è sembrato opportuno riportare qui gli interventi di Basaglia nel dibattito che si era svolto a Belo Horizonte sabato 7 luglio 1979, a conclusione del seminario. Questo dibattito era stato pubblicato nell'edizione brasiliana delle conferenze, preceduto dalla breve introduzione, che qui è riproposta, di uno degli organizzatori del seminario di luglio e del secondo viaggio di Basaglia in novembre, lo psichiatra Antonio Soares Simone, che ha recentemente ritrovato e messo a disposizione i nastri di queste ultime conferenze.

(1). La "Associação brasileira de psiquiatria" (Associazione brasiliana di psichiatria) la "Associação mineira de saúde mental" (Associazione di salute mentale di Minas Gerais) e il Centro studi Galha Veloso.

(2). Si tratta del congresso della W.P.A. (World Psychiatric Association), l'associazione mondiale degli psichiatri, che si era svolto a Honolulu nel 1976.

PSICHIATRIA E PARTECIPAZIONE POPOLARE (*).

Belo Horizonte, Associação médica de Minas Gerais
17 novembre 1979.

Mi pare che in questo momento noi siamo come in una clinica privata, degli internati che hanno pagato l'internamento, e direi che tutto sommato questa clinica privata non è male, si sta abbastanza bene... Ora, se il nostro scopo è proteggere il nostro egoismo, allora restiamo qui fra noi col nostro denaro. Ma se lo scopo è un altro, apriamo e socializziamo il nostro denaro. La scelta che stiamo per fare è molto importante per noi come persone che lottano per la libertà dei diritti umani.

Non possiamo andare per la strada a gridare "a morte gli psichiatri tradizionali" e poi essere noi stessi degli psichiatri tradizionali. Dunque io come persona che fa questo corso su "psichiatria e partecipazione popolare" metto ai voti la possibilità di aprire la sessione a tutti. Allora chiedo: chi è d'accordo per aprire la sessione alzi la mano. Chi non è d'accordo?... Bene, la mozione per l'apertura del corso è approvata (**). Non è semplice il discorso che dovrei fare stamattina. Psichiatria e partecipazione popolare: è chiaro cosa vuol dire, la gente che partecipa alla propria assistenza. Detto questo, potremmo chiudere la sessione affermando che il nostro intento è far partecipare la gente alla propria cura, che tutti devono dare il proprio apporto all'assistenza di tutti. Ma per arrivare a questa conclusione bisogna seguire l'iter che è stato necessario per mettere a fuoco questo aspetto, la gente deve sapere qual è il problema dell'assistenza medica in generale e dell'assistenza psichiatrica in particolare.

Questa mattina il giornale dava una notizia che sembra fatta apposta per l'avvio della conferenza: "Una donna denuncia la tortura nell'ospedale di... come si chiama?..." (rivolto al traduttore) no, no, "tortura"... il traduttore evidentemente è d'accordo con me perché ha fatto un lapsus molto interessante, traducendo "tortura" con "trattamento"... L'articolo riferiva che un giovane era stato internato in questo ospedale. Evidentemente, non accettava il ricovero così è stato preso a forza da un infermiere, portato in una stanza e costretto a letto con una serie di iniezioni. E' molto importante che questo fatto (che si verifica in tutti i paesi del mondo, in tutti i manicomi del mondo) porti alla denuncia di una mamma che vuol difendere il proprio figlio dagli insulti della medicina. Un altro episodio, riportato sulle pagine dei giornali, è il caso di José, che molti di voi conosceranno qui a Belo Horizonte. Anche questo è un caso che succede in tutti i posti del mondo. Un vecchio, internato in un ospizio, protestò perché voleva mangiare una cosa invece di un'altra. La protesta non fu sopportata dall'istituzione. Si trattava di un istituto di vecchi normali che non protestavano, pertanto la protesta era una "anormalità" che doveva essere sanzionata in qualche modo: il vecchio, come conseguenza della sua protesta, è stato internato in manicomio da dove però è riuscito a

scappare e a rifugiarsi in una casa. Qui le persone che lo avevano accolto anziché chiamare la polizia telefonarono a un giornale; arrivò un giornalista, si rese conto della situazione e anziché portare il vecchio nell'istituto psichiatrico cercò per lui un'altra soluzione e denunciò all'opinione pubblica, in un articolo, quanto era accaduto. Quello che ne è seguito poi non importa: il vecchio ha trovato una soluzione positiva, anziché tornare in manicomio, ma qui il problema non è che la cosa finisca bene o male. Per me questi esempi rappresentano due situazioni che è importante discutere, perché questi due casi sono stati denunciati all'opinione pubblica, discussi dalla popolazione: il problema psichiatrico o non psichiatrico esce dall'omertà psichiatrica e viene a essere patrimonio reale della gente, che può giudicare se l'istituzione agisce bene o male.

Provate a pensare se uno, due o tre anni fa una madre avrebbe denunciato un ospedale perché il figlio era sottoposto a un trattamento violento, o se un giornalista avrebbe scritto un articolo perché un vecchio era stato ricoverato ingiustamente in manicomio. Questo significa, evidentemente, una maturazione democratica della popolazione, un controllo popolare sull'assistenza pubblica, per cui i politici devono tenere conto della vigilanza che la popolazione ha sul loro operato. Un altro esempio è quanto è successo questa mattina fra di noi, il fatto che tutti partecipiamo di un problema che è nostro. Ebbene, questo è in sintesi il problema della partecipazione popolare.

Ho sentito in questa settimana, nelle sessioni del congresso in cui ero spettatore e non attore, che alcuni relatori facevano una differenza fra casi psichiatrici e casi sociali internati nei manicomi. Io vorrei domandare ai relatori che cosa intendano per caso sociale e caso psichiatrico. In questi giorni si è fatto un gran parlare del manicomio di Barbacena, che è diventato lo slogan della lotta per la trasformazione psichiatrica, ma io direi anche per la trasformazione sociale. Vorrei dunque chiedere ai relatori come riescono a distinguere a Barbacena i casi psichiatrici da quelli sociali. Voi avete visto le immagini dell'audiovisivo e della mostra fotografica. Che cosa pensate di quella psichiatria: che quegli internati siano, diciamo così, errori come quello del vecchio di cui abbiamo discusso prima o che siano stati internati perché erano matti? Io penso che quelli sono tutti internati perché sono poveri. Saranno anche matti, saranno stati anche matti, però il problema sociale, il problema della povertà è stato la ragione vera del loro internamento a Barbacena. Ebbene, se noi andiamo a vedere le storie di queste persone - quando sono stato a Barbacena il direttore dell'ospedale mi ha lasciato vedere alcune cartelle cliniche -, tutti i casi che abbiamo esaminato erano casi di persone internate perché disturbavano la quiete pubblica. E allora, che cos'è la psichiatria asilare, ci chiediamo, se non un aiuto allo Stato per controllare la marginalità sociale?

Si può dire che la nascita ufficiale della psichiatria avviene quando, alla metà del secolo scorso, nel 1838, la Francia emana una legge che disciplina i modi dell'internamento psichiatrico. Dato che la psichiatria era omologata alla medicina ma non risultava nulla di oggettivo che potesse evidenziare il disturbo organico del malato di mente, l'oggettività del disturbo la si è fatta coincidere con il disturbo del comportamento sociale. Un cancro, una polmonite, un'appendicite sono la ragione del ricovero di una persona in ospedale; il disturbo del comportamento sociale, l'asocialità è la ragione dell'internamento nel manicomio. Quindi, corpo organico e corpo sociale vengono omologati.

Mi interessa che possiate afferrare bene questo concetto perché è determinante per la comprensione di tutto il problema della psichiatria. Nella storia della psichiatria è stato necessario oggettivare la persona pazzo: la malattia è stata fatta coincidere col disturbo del comportamento, corpo organico e corpo sociale sono stati omologati. Sia il malato del corpo organico che il malato del corpo sociale non possono esprimere la loro soggettività malata. Esprimono invece la loro oggettività di cose malate. In medicina, per esempio la donna che ha un tumore dell'utero "è" un tumore dell'utero, non è una donna che "ha" un tumore, perché, anche se tutti i tumori sono uguali, ogni tumore si esprime soggettivamente in qualche modo, ma poi diventa soltanto un caso clinico, oggettivato dal potere medico. Uguale sorte è quella del malato di mente, del folle, che viene incarcerato in una malattia costruita e definita in modo da impedirgli di esprimere la sua sragione. Incarcerata in questo modo la malattia, la medicina risulta una scienza apparentemente neutrale.

Pensate a questo microfono, che mi dà la possibilità di parlare più forte perché voi sentiate. Questo è un oggetto in definitiva neutrale perché da questo microfono può parlare un comunista o un fascista (per fortuna non vi parla un fascista...). Questo oggetto scientificamente neutrale, ma alla

mia sinistra ho un traduttore il quale traduce in portoghese quello che io dico in italiano. Ebbene, il vero relatore di questa mattina è lui, non io: lui tenta di essere il più fedele possibile, ma siccome non è idiota interpreta quello che dico. E' la stessa cosa del problema del malato di mente... il problema è che il medico crede di avere nelle sue mani una cosa, e invece ha una persona, e qui si comincia a vedere la perversione della psichiatria, perché il compito della psichiatria è rendere oggetto il soggetto. Se noi seguiamo - e qui ci saranno degli psichiatri, no? - il modo in cui viene ricoverata una persona in manicomio, e la rivediamo dopo un anno, noi possiamo cogliere bene "il vortice degli inganni" (1), tutto l'iter attraverso il quale la persona viene ridotta a cosa. La persona che viene internata protesta per il suo internamento e la prima cosa che viene fatta è un'iniezione, se non viene legata con la camicia di forza. Comincia così la "carriera morale del malato di mente" che a un certo punto capisce che è meglio adattarsi agli ordini dell'istituzione, non ribellarsi. Si avvia così quel processo chiamato istituzionalizzazione: la persona, il folle incarcerato dalla e nella malattia viene incarcerato nell'istituzione, e in questo momento la persona sofferente diventa un oggetto dell'istituzione, docile come una bestia selvaggia addomesticata... ritornano le immagini di Barbacena.

Quando la gente si rende conto di tutto questo si ribella. La signora che stamattina ha denunciato l'ospedale psichiatrico di Belo Horizonte evidentemente è una persona che ha capito che la psichiatria è una mistificazione, una falsità. E questo è il risultato, come ho detto all'inizio, del lavoro fatto a Belo Horizonte in questi ultimi tempi, ma è il risultato anche di un'apertura alla democratizzazione del paese. Sono stati importanti e bravi gli psichiatri che hanno cominciato un'azione per la riconquista dei diritti dell'internato, però tutto questo è possibile soltanto perché c'è un'apertura, perché c'è una partecipazione della gente. Mi è stato detto che in una città vicina a Belo Horizonte il sindacato dei metalmeccanici pone come rivendicazione sindacale il diritto alla salute. Pensate quale enorme passo avanti per la democratizzazione del paese sia il fatto che un lavoratore non ponga solo una rivendicazione salariale ma domandi il diritto soggettivo alla salute. Questo avrà come reazione una presa di posizione della corporazione medica che realizza di perdere potere nel momento in cui il povero, il lavoratore controlla il suo operato. Questo è il vero inizio di una partecipazione popolare; non è il paternalismo dello psichiatra "buono" che fa partecipare il popolo, è il popolo che rivendica i suoi diritti, è il popolo che obbliga il medico a uscire dalla sua mistificazione, dalla sua falsità e a mettere in evidenza dinanzi a tutti quello che è il suo sapere e quello che è il suo potere. Perché, diciamoceci fra noi che siamo tutti tecnici, psicologi, psichiatri o assistenti sociali eccetera, il nostro sapere è il nostro potere. Se noi come psichiatri dovessimo dire qual è il nostro sapere, ebbene credo che saremmo in grande difficoltà. Noi sappiamo dire qual è il nostro sapere quando siamo dentro al nostro ospedale, quando siamo i maghi della situazione, quando siamo col camice bianco che ci divide dal popolo, quando usiamo parole difficili, quando diciamo cefalea invece di mal di testa, o quando siamo obbligati a dire schizofrenia, mania, nevrosi invece di follia. Ma quando qualcuno ci chiede: "Ma cos'è la pazzia?", noi non sappiamo rispondere perché altrimenti diventeremmo matti noi. Ebbene, la cosa essenziale è che noi dobbiamo convivere con la follia e che non possiamo dare una risposta istituzionalizzata alla domanda di aiuto del malato.

Quando una persona sta male, va dal medico e chiede aiuto perché non dorme, il medico come risposta le dà uno psicofarmaco. Un malato viene portato dalla famiglia dal medico perché delira, perché ha delle allucinazioni; e come conseguenza il medico lo interna in manicomio. Ecco due casi che secondo la gravità ricevono la medesima risposta istituzionalizzata, perché la persona che non dorme si aspetta già dal medico il medicamento e i famigliari che portano il delirante dal medico si aspettano già l'internamento in manicomio. La domanda ha dunque in sé già la risposta, una risposta preformata, istituzionalizzata.

Il manicomio non è tanto nelle mura ma è la vita stessa che viviamo, perché noi siamo medicalizzati e psichiatrizzati ogni volta che andiamo dal medico, ogni volta che abbiamo bisogno dell'assistenza medica. Allora, un nuovo tipo di assistenza, un nuovo tipo di controllo significa che il medico deve ogni volta dare una risposta diversa al malato, alla persona che gli domanda qualche cosa. Per esempio, viene dal medico una persona che gli dice che ha fame. Il medico per difendersi le dice "io

ti posso curare, ma non posso darti da mangiare". Ebbene, questo è un cattivo medico, perché il medico dovrebbe chiedersi perché questa persona viene da lui per chiedere di essere sfamata. La risposta che darà il medico avrà una conseguenza molto importante per questa persona, perché il medico ha un potere enorme sul pubblico. Se dirà "questo non è un caso mio, vai fuori, va' da altri", quale sarà la conseguenza? Non lo sappiamo. Invece, direi, il problema è che il medico deve trovare il modo di essere utile a questo bisogno, a questa domanda; ma il medico trova sempre una risposta altra per difendersi.

Bene, io non so se sia stato demagogico o meno il gesto del segretario di Stato, mi pare, che ha fatto aprire i manicomi al pubblico, alla gente, ai fotografi, ai giornalisti; e non so neanche se sia stato demagogico il fatto che l'altro giorno il congresso abbia aperto al pubblico la mostra su Barbacena. Penso che, demagogici o no, questi fatti sono molto importanti perché il segretario di Stato è stato costretto a dare questa disposizione dalla pressione della stampa, come noi siamo stati costretti dal nostro lavoro ad aprire al pubblico la mostra di Barbacena.

I tempi e il mondo stanno cambiando; l'uomo va sulla Luna, l'energia viene scomposta, tutto, qualsiasi delirio può essere realtà. Una volta un uomo che diceva che voleva andare sulla Luna era internato in manicomio; oggi non si può più perché può essere anche vero. Se uno diceva che voleva cambiare il mondo era paranoico; direi che oggi qui tutti noi siamo paranoici perché vogliamo cambiare il mondo. Oggi c'è un'altra coscienza, c'è un altro atteggiamento di fronte ai problemi della vita, e quindi non possiamo pensare di vivere con la logica del Diciannovesimo secolo, soprattutto perché oggi le masse popolari pretendono il controllo della situazione del paese. A me pare che questo sia evidente anche in ciò che è successo in Brasile: dopo dieci, quindici, venti anni di dura repressione, oggi il governo è costretto ad aprire, a dare voce al popolo. Il governo crede di fare il suo gioco ma non sa le contraddizioni che nasceranno da tutto questo. Ebbene, speriamo che le contraddizioni siano molto grandi e che il popolo possa prendere veramente il potere.

Io aprirei adesso la discussione di questa prima parte del corso perché credo che dallo scambio di idee e di pratiche possa risultare una comprensione maggiore.

DOMANDA: Io vorrei sapere, in primo luogo, quale sarebbe la sua risposta a un paziente che va dal medico per insonnia.

RISPOSTA: La mia risposta al paziente che non dorme penso debba essere quella di trovare insieme con lui la ragione per cui non dorme, e trovare il modo di inserire questa sua condizione non tanto come un sintomo quanto come espressione della sua situazione globale, della sua esistenza. Il problema è che il paziente di cui parliamo è un paziente astratto; io non posso dare una risposta globale, perché se la dessi sarebbe ancora una risposta istituzionalizzata. Il problema sta proprio nella situazione specifica della persona. Faccio un altro esempio: se dobbiamo dimettere dal manicomio un paziente migliorato dai suoi disturbi e che deve ritornare nella società, cosa dobbiamo fare? Questo paziente non ha nessuno che lo possa aiutare, è solo, abbandonato. Cosa dobbiamo fare? Continuiamo a tenerlo in manicomio o lo abbandoniamo nella città? Io dico che bisogna trovare il modo di fare un programma per lui, bisogna coinvolgere la comunità, la popolazione su questo caso. Una persona che è stata matta o è matta vive una situazione di rifiuto da parte degli altri. Ebbene, io devo trovare il modo di reintegrarla, di ricostruire i rapporti così come devo trovare il modo di consigliare a quello che ha l'insonnia un altro modo di affrontare il problema.

So che ti ho dato una risposta che non ti ha soddisfatto perché volevi da me una risposta scientifica su come si fa a rispondere a una persona che ha l'insonnia. Io non lo so, io posso solo dirti: devo cercare con questa persona la ragione per cui non dorme, posso dare anche il medicamento ipnotico, ma questo deve avere una ragione al di là del significato medico; devo creare una situazione di relazione con la persona. In questo senso, io devo trovare una possibilità di vita anche per la persona che è stata dimessa dall'ospedale, devo convincere la comunità ad accoglierla, devo convincere la società che i bisogni del matto sono i bisogni di quello che non è matto. Se uno è

povero e anche matto, è però anche povero, e tanti poveri non sono matti. Ma quando le due persone si incontrano, matto e non matto, possono identificarsi nella loro povertà.

D: In teoria è bello un discorso sociologico sulla pazzia, può dare altre visioni sul problema della salute. Ma io ho una esperienza pratica con il dottor Thomas, che è stato a Rio de Janeiro e ha detto che il malato mentale non esiste e che lo psichiatra è un pagliaccio. Ha attratto senza dubbio l'attenzione del pubblico e poi è partito per Copacabana dove lavorava come psicoanalista che curava malati di mente... Allora io chiedo qual è la posizione di Basaglia... se vuole solo fare un discorso teorico o affrontare tematiche pratiche. Altra cosa: aprire semplicemente gli istituti non è la soluzione. Queste persone finirebbero ai margini della società. E ancora una cosa: negare l'esistenza della malattia mentale è una cosa molto bella ma esistono realmente la psicosi, la schizofrenia... Io vorrei sapere come Basaglia si comporterebbe di fronte a uno schizofrenico che ha aggredito il padre.

R: Io non sono responsabile dello psichiatra di Copacabana che dice che la malattia mentale non esiste; sono affari di questo psichiatra, è un problema suo, come direbbero gli psicoanalisti. Io non ho mai detto che la malattia mentale non esiste. Preferisco fare un altro discorso: io critico il concetto di malattia mentale, non nego la follia, la follia è una situazione umana. Il problema è come affrontare questa follia, quale atteggiamento noi psichiatri dobbiamo avere di fronte a questo fenomeno umano, come possiamo rispondere a questo bisogno. Abbiamo visto che tutte le risposte date finora sono state sbagliate e che la malattia mentale come razionalizzazione della follia è un concetto assurdo; non sbagliato, assurdo: la schizofrenia in quanto tale è una semplice etichetta che mi serve per avere una distanza e quindi un potere sullo schizofrenico.

Per quanto riguarda lo schizofrenico pericoloso che uccide il padre: penso che la cosa può accadere, che nella vita ci sono molte cose imprevedibili ma non posso incarcerare tutti gli schizofrenici perché uno schizofrenico uccide il padre, per la stessa ragione che non posso incarcerare tutto il mondo perché una persona ha ucciso il padre. Il problema è che io devo dare la possibilità, non io, l'organizzazione della società deve dare la possibilità a tutti di vivere, e allora le cose cambiano. Questa non è teoria, è pratica. Il fatto che io sia stato invitato in questo convegno non perché sono un teorico, è perché ho fatto delle cose. Ho dimostrato praticamente che, nel momento in cui si apre un manicomio, i rapporti all'interno dell'istituzione cambiano totalmente, e quello che diventa veramente pazzo è lo psichiatra perché non capisce più niente. In questo momento il problema non è la riabilitazione dell'internato perché la riabilitazione all'interno dell'istituzione aperta se la fa l'internato stesso, il problema è la riabilitazione dello psichiatra. Questo non lo dico per ironia ma perché realmente lo psichiatra deve rivedere la sua preparazione, la sua cultura, perché si accorge che i conti non tornano più, e questo è il fantastico, l'importante di questa rivoluzione psichiatrica è che è tutto da rifare, che è tutto sbagliato quello che è avvenuto fino a oggi, che dobbiamo creare un'altra teoria. Ma l'altra teoria può sorgere solo dalla pratica nuova, non sarà una teoria che nasce dalla mente dello psichiatra ma una teoria che nasce dalla pratica quotidiana.

D: Basaglia dall'inizio sta cercando di dire che il problema è il significato della medicina in generale, non solo della psichiatria. Dunque, perché accada nella medicina quello che è successo in psichiatria bisogna cambiare il modo di vedere tutte le malattie?

R: Mi pare molto importante questa domanda perché, dal momento che la medicina è staccata dalla psichiatria, è molto difficile fare un nuovo tipo di assistenza psichiatrica. Una delle cose importanti della nuova legge italiana non è tanto o non solo il problema della chiusura dei manicomi, quanto l'aver inserito la psichiatria all'interno dell'assistenza sanitaria perché il vero manicomio non è la psichiatria ma la medicina. Ebbene, su questo nuovo manicomio dobbiamo agire. Nel momento in cui la psichiatria come fatto sociale entra nella medicina si sviluppa un'enorme contraddizione, ed è da questo punto di vista che io considero molto importante quella che sarà l'evoluzione ulteriore, non perché la medicina possa essere capace di risolvere le contraddizioni della psichiatria ma

perché tutte le contraddizioni della psichiatria entreranno anche nella medicina.

D: Vorrei non fare una domanda ma dare una risposta. Basaglia mi ha chiesto qual è la differenza tra cause psichiatriche e cause sociali. Io non ho detto questo, o non mi sono spiegato bene... quello che ho detto è questo: concordo pienamente con Basaglia che tutti i casi psichiatrici sono sociali, ma dico che non tutti i casi sociali sono psichiatrici e che nei nostri ospedali psichiatrici sta entrando una grande quantità di casi sociali e non psichiatrici, poiché non si presta attenzione ai casi socio-psichiatrici. Ti faccio due esempi, un caso sociale e uno psichiatrico: un individuo mutilato, semplicemente mutilato, come ne esistono tanti a Barbacena per esempio, e uno psicotico in crisi, che considero un caso socio-psichiatrico. Non so se questo chiarifica, ma è la mia opinione.

R: Non so, mi pare che la distinzione che fai è molto sottile. Un mutilato, ma perché questo mutilato è a Barbacena? Per abbandono sociale, ma praticamente questa è la popolazione psichiatrica, e allora è il discorso che facevo prima... Io ti domando: se una persona viene nel tuo ambulatorio e tu le chiedi "che hai?", cominci un colloquio, e questa persona ti dice "ho fame", tu cosa le rispondi?

D: Non ho una risposta istituzionalizzata, dipende dai casi.

R: Cioè, non puoi difenderti, cioè non hai la risposta istituzionalizzata e quindi non puoi difenderti...

D: Allora tu stai continuando a difenderti. Io faccio una distinzione tra alcuni casi che considererei specifici dell'istituzione psichiatrica...

R: Sì, ho capito, ma non capisco cosa è specifico, mi è difficile... un delirio, un'allucinazione, per esempio...

D: Non il delirio, non l'allucinazione, ma un certo tipo di sofferenza...

R: Ma, uno che ha fame soffre. Il problema è che viene da te che sei psichiatra, e se va da un medico a dire che ha fame ci sarà una ragione... Il mio è un paradosso, però per quanto riguarda il problema del caso sociale e del caso psichiatrico, direi che la maggioranza degli internati nei manicomi non sono casi psichiatrici. La persona che disturba per la strada, i due esempi che ho riportato questa mattina dal giornale, non sono casi psichiatrici, eppure sono casi psichiatrici. Io capisco la tua perplessità perché è anche la mia necessità di vedere un po' chiaro nel proprio lavoro. Ma io ti chiedo: vedi chiaro nella tua vita personale? Sai distinguere quello che è patologico da quello che è normale nella tua vita personale? Sai distinguere?

D: Sempre meno...

R: E allora vedi, il problema è sempre più difficile, perché è sempre più difficile trovare una identità in questa società. E' un problema di fronte al quale noi dobbiamo arrenderci.

D: Ho una sola obiezione. Qui ci sono persone che fanno soprattutto lavoro pratico, e la pratica esige definizioni... allora, quali casi si devono accettare in un ospedale psichiatrico, e quali no?

R: Il problema è che sei obbligato, perché tu per legge sei obbligato ad assistere tutte le persone che ti vengono inviate in manicomio, non ti puoi rifiutare...

D: Certo, io devo rispondere a tutti i casi ma non necessariamente internandoli...

R: Chiariamo: il problema è che tu sei direttore di un manicomio e per legge ti mandano delle

persone. Tu non puoi rifiutarti di accettarle perché è per ordine giuridico e legale che te le mandano. Allora, il problema è come affrontare questo fatto perché se noi guardiamo la cosa con la tua ottica nei manicomi dovrebbero restare due o tre persone; gli altri sono tutti sociali. Il problema invece è che non si sa cosa sia la psichiatria, questo è il problema: che noi dobbiamo ripensare il problema dell'uomo. Direi che la tua è una proposta, la mia è un'altra proposta; valgono tutte e due; bisogna che le confrontiamo nella pratica su ciò che producono.

D: Sappiamo che il professor Basaglia è identificato con il movimento antipsichiatrico. Mi piacerebbe sapere se la proposta per il recupero degli spazi terapeutici della psichiatria è del professor Basaglia.

R: Intanto, 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 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. Oggi la psichiatria si fonda su un codice borghese, sui bisogni che il potere crea per il popolo. Noi invece dobbiamo trovare quali sono i bisogni primari della gente: su questo dobbiamo edificare una nuova scienza. Naturalmente non è semplice: perché il popolo possa esprimersi deve avere la libertà di esprimersi, e oggi il popolo è incatenato dal potere. Anche la psichiatria, anche la medicina sono una via per la democratizzazione, per la presa di potere e per l'espressione della gente. Ecco, questo è il tema che vorrei esporre domani nella seconda parte del corso: è possibile creare una nuova scienza psichiatrica?

D: Vorrei esprimere una preoccupazione mia come psichiatra dato che mi devo confrontare con queste contraddizioni, ed è difficile prendere posizione ed essere coerenti con questa posizione. Voglio dire: distruggere l'edificio psichiatrico sarebbe una forma di suicidio per lo psichiatra, perché la sua identità è costruita a partire da questo edificio. Come vede lei tale questione?

R: Questo che lei dice è molto importante. Nella mia pratica ho visto come per me e per tutti i miei collaboratori è veramente stata una situazione masochista, perché la distruzione dell'istituzione crea una situazione anomica, una perdita di identità; e allora il problema è andare a lavorare nel territorio senza identità. Ma l'identità si riacquista nel momento in cui si trova la possibilità di conoscere i bisogni reali, quotidiani della gente, non quelli artefatti del manicomio. A questo punto comincia una nuova pratica e ogni volta è una perdita e un acquisto di identità. In questa dialettica e in questa contraddizione sta il nuovo tipo di lavoro: il medico, lo psichiatra hanno finito di avere la propria tranquillità, perché la tranquillità del medico è la morte del malato.

D: Bene, ma in questa nuova pratica dove finirebbe, e in questo io sono pienamente d'accordo con l'intervento precedente, la specificità della psichiatria?

R: Io credo che nel momento in cui cerchi la specificità della psichiatria sei come Diogene che dentro la botte andava alla ricerca dell'uomo... Penso che il problema della specificità della psichiatria e il problema della conoscenza si pongono quando non hai più le certezze della vecchia conoscenza. Come tu giustamente hai detto, la psichiatria è il manicomio perché senza il manicomio lo psichiatra non ha più identità; evidentemente questa scienza non c'è più. Dobbiamo andare, parafrasando Proust, alla ricerca della psichiatria perduta. Il problema è aperto e su questo problema aperto si fonderà un nuovo "Belo Horizonte".

D: Qual è la sua posizione rispetto alla psicoanalisi che tratta di una parte molto piccola della popolazione, una élite, e oltretutto per questioni tecniche non permette l'intervento di nessun membro della famiglia dei medici?

R: E' un discorso molto lungo, importante. Il problema della psicoanalisi è come il problema della nuova scienza cui mi riferivo prima. Penso che forse è il caso di collocare questa questione nella relazione di domani mattina perché adesso vedo Cezar che mi perseguita con la sua presenza...

NOTE.

(*) Questa conferenza inaugura il corso organizzato dalla "Associação mineira de psiquiatria". Il corso è a pagamento, ma si presentano molte persone che non possono pagare. La conferenza parte da questo problema.

(**) Qualche minuto di trambusto. Si sente Basaglia che commenta: "Eh, i poveri stanno entrando per venire alla mensa dei ricchi..."

(1). Si tratta di un riferimento al famoso lavoro di Erving Goffman "Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates" (New York, 1961) pubblicato in Italia col titolo: "Asylums. Le istituzioni totali", Einaudi Torino 1968, con un'introduzione di Franco e Franca Basaglia ripubblicata in: "Scritti", vol 2, cit., p. 31.

ALTERNATIVE NEL LAVORO IN SALUTE MENTALE.

Belo Horizonte, sede dell'Associação médica de Minas Gerais
19 novembre 1979.

Dicevo ieri mattina che l'assistenza psichiatrica e la psichiatria oggi, a quasi due secoli dalla fondazione, sono sul banco degli imputati, giudicate ovunque, e ovunque con un giudizio di condanna. Non c'è paese al mondo che non condanni la psichiatria come strumento di repressione, di controllo sociale; però non c'è paese al mondo che non abbia come realtà psichiatrica i manicomi. La contraddizione è che la condanna è contemporanea a ciò che continua a esistere come oppressione del malato povero. Ebbene, io penso che questa contraddizione fra il dire e il fare è una cosa che ci deve fare riflettere molto, è la contraddizione cardine sulla quale dobbiamo discutere.

Penso che questo sia fondamentale anche ripensando a quanto ha detto ieri il rappresentante di Bahia nella sua bellissima relazione, nella quale era evidente che dopo la Seconda guerra mondiale tutta la critica alla psichiatria era nella riproposizione di tecniche che avevano come finalità non la cura ma il controllo sociale del malato. E anche ricordando cosa ci ha detto ieri sera Robert Castel (1), vediamo che, per quanto ci si sforzi di creare tecniche alternative all'oppressione del malato di mente, ogni tecnica finisce per essere oppressiva, diventa ancora una volta puro controllo sociale.

Questo è molto interessante, soprattutto se pensiamo che la lotta contro la psichiatria asilare è cominciata in un paese come l'Inghilterra che dopo la Seconda guerra mondiale aveva un governo laburista. Ebbene, in quel periodo sono state fatte delle proposte molto importanti in tema di assistenza psichiatrica, che è stata omologata all'assistenza medica cancellando così la divisione fra malato di mente e malato psichiatrico. Questo era un buon inizio per una trasformazione della situazione.

La Francia ha cominciato nello stesso modo, dando invece l'indicazione di andare al di là del manicomio e di avere un tipo di cura nel territorio, cioè la politica di settore, come ricordava ieri sera Castel. L'America molti anni dopo indicò con la legge Kennedy praticamente la stessa cosa. Ebbene, a trent'anni e più dalla fine della guerra, dopo tanti anni di lotte, di proposte vediamo che la situazione reale, la situazione pratica dell'assistenza psichiatrica in tutti questi paesi a sviluppo economico molto avanzato, è la stessa della realtà brasiliana: Barbacena è la realtà per la Francia, come per l'Inghilterra, come per l'America. In Francia ci sono attualmente, da statistiche fatte da colleghi francesi, 150 mila internati nei manicomi; in Inghilterra la realtà è ancora psichiatrico-

manicomiale, in America ugualmente. Il fatto grave è che accanto a questa realtà asilare c'è una nuova realtà psichiatrica, che è quella della psichiatria del territorio o della politica di settore. Cioè le novità apportate dalle critiche alla psichiatria hanno fatto nascere un altro tipo di organizzazione psichiatrica, ma questa organizzazione non è altro che la ridefinizione in termini territoriali della logica manicomiale. Quindi, invece di diminuire il numero degli assistiti aumenta; oltre alla realtà asilare, c'è anche il controllo fuori dal manicomio. Statistiche molto recenti apparse su "Le Monde" dicono che oggi le persone che soffrono di malattie di mente e che sono seguite dagli psichiatri sia in manicomio che fuori sono circa 40 milioni nel mondo. E' spaventoso questo numero, se lo rapportiamo alla popolazione totale abbiamo una percentuale di malati di mente impressionante. Ebbene, cosa facciamo di fronte a questi problemi?

Voglio fare un'analisi abbastanza ampia per ritornare poi alla realtà locale brasiliana. Vediamo cosa hanno fatto, da un punto di vista programmatico, i paesi a economie molto avanzate. In America per esempio la commissione Carter ha pianificato che nei prossimi dieci anni un quarto della popolazione americana avrà necessità dello psichiatra. Lo stesso è accaduto in Inghilterra e in Francia. Questo è un assurdo: i tecnici con i loro computer prevedono cosa sarà il problema dell'assistenza psichiatrica nei prossimi anni. Ma ancora più grave è che questi paesi programmano anche cos'è la vita sana per i prossimi anni, cioè la persona umana, sana o malata che sia, non esiste; esiste il programma del controllo della popolazione. E' un peccato che ieri sera non tutto il pubblico abbia potuto capire bene, a causa della traduzione, cosa ha detto Castel, perché Castel ha messo in evidenza degli elementi estremamente importanti sul fatto che l'assistenza psichiatrica sfugge al suo obiettivo, che il problema psichiatrico non esiste più e che esiste solo una persona che ha una P davanti: "psichiatrico", ma nient'altro. Così come quello che non ha la P sulla fronte, ha una N, che è "normale". Il problema è che in realtà le persone con la P o con la N sono persone che vivono, e ai programmatori questo non interessa minimamente. Ciò che importa è se queste persone danno profitto con la loro esistenza o no. Infatti le persone non sono divise fra psichiatriche e non-psichiatriche, ma sono suddivise fra chi dà lucro e chi no. Castel ricordava che c'è una psichiatria per i normali, una psichiatria preventiva all'assurdo, una psichiatria che deve premiare, e una psichiatria che castiga. Premio e castigo sono due punti di riferimento che rappresentano il reale significato della nostra esistenza di come siamo costretti a vivere.

Se noi guardiamo Barbacena, o la nostra vita di ogni giorno, vediamo che paradossalmente i meccanismi nei quali viviamo sono gli stessi; la differenza è che Barbacena è tortura, la nostra vita quotidiana è manipolazione. Noi viviamo costantemente nella logica del premio e del castigo. E' in questa logica che educiamo i nostri figli. Cosa vogliamo da una società nella quale noi stessi, che combattiamo questa società, poi produciamo le stesse cose? L'originalità della battaglia politica di oggi, della battaglia politica di movimenti che vogliono un diverso modo di vivere sta proprio in questo fatto: che il privato, il personale, deve coincidere col politico, col pubblico. Faccio un esempio: tutti noi adesso, in questo momento, siamo arrabbiati, furiosi contro l'internamento psichiatrico, contro la tortura psichiatrica eccetera. Però nel momento in cui ci troviamo di fronte una persona che ha dei bisogni, badiamo prima a rispondere ai nostri bisogni, al nostro "personale" e non a vivere la contraddizione con l'altro che ha dei bisogni analoghi ai nostri.

Questo discorso si può fare anche per i problemi di vita quotidiana: quali sono i rapporti per esempio con i nostri figli? Sono evidentemente rapporti di potere, nei quali io, padre, do un'educazione al figlio basata sulla logica del premio e del castigo. Quali sono i rapporti all'interno della coppia uomo-donna? Un rapporto di potere evidentemente e noi in pubblico, nel politico siamo dei grandi politici, vogliamo la libertà delle masse; nel privato, nella famiglia siamo degli oppressori, gli oppressori del figlio, della moglie. Questo non è un discorso evangelico o cattolico, è un discorso di analisi della realtà. Io penso che il mondo, quindi anche la psichiatria, non cammina se l'egoismo, l'ingiustizia sono il primo significato dell'esistenza. Io non credo che noi potremo affrontare né risolvere il problema della psichiatria se non risolviamo prima quello che è il nostro problema interiore. Questo è molto difficile e molto complicato.

Ho fatto questa premessa per entrare nel vivo del problema della psichiatria e della partecipazione popolare. I partiti politici che vogliono l'emancipazione del popolo sono evidentemente nostri alleati

nella lotta per la distruzione dei manicomi, però è anche vero che i componenti di questi partiti non hanno questa sensibilità verso l'espressione soggettiva dell'individuo. Le lotte sindacali hanno evidentemente come obiettivo principale un miglioramento salariale che pure è necessario; ma non si tiene invece conto della necessità di un miglioramento delle condizioni personali, della soggettività dei lavoratori. Se questo non succede, io ho l'impressione che chi aderisce al partito della rivendicazione politica non può capire cosa sono i bisogni delle persone che soffrono.

Se io penso a quando ho cominciato la lotta contro l'internamento psichiatrico, mi rendo conto che allora ero molto meno maturo di quanto sono adesso. C'era la necessità personale di distruggere una situazione oppressiva mantenendo però i privilegi del mio essere psichiatra e borghese. A mano a mano che passava il tempo ed essendo conseguente alla logica della mia lotta, ho visto che la trasformazione cominciava a passare anche attraverso di me, e allora cominciavano i dolori perché lasciare il privilegio, perdere qualcosa di personale vuol dire o regredire o maturare. Ebbene, io... scusate se faccio delle digressioni personali, ma le faccio proprio perché sia più chiaro il significato di cosa deve essere la struttura di chi combatte o del militante nella lotta, al di là di quelle che sono le affermazioni di principio. Ricordo per esempio che negli anni caldi del Sessantotto, quando cominciava la rivolta giovanile all'oppressione diciamo così della famiglia, della situazione generale, io rappresentavo in Italia uno dei punti della ribellione, uno dei leader della ribellione. Bene, un giorno andai a casa e trovai che mio figlio sedicenne era scappato... Fu per me una sorpresa incredibile, una sofferenza indicibile. Evidentemente questo rappresentava uno shock che mi maturò molto perché compresi che ero un cattivo padre; ero forse un buon rivoluzionario ma un cattivo padre. Questa è una enorme contraddizione, una enorme sofferenza.

In quegli stessi anni cominciai la lotta femminista, e allora quelli furono dolori, perché ormai non si poteva più mentire, non potevo dire a mia moglie che ero un rivoluzionario e comportarmi con lei come un oppressore. Ebbene, padre cattivo, marito pessimo, bravo rivoluzionario. Qui comincia la vera lotta, interiore, qui comincia il discorso reale del militante come persona che afferma la propria individualità in rapporto agli altri rispettando l'individualità degli altri.

Ecco, io penso che se noi non abbiamo dinanzi a noi questo principio non possiamo iniziare una lotta perché sarà una lotta già persa, sarà una lotta falsa, e finiremo per essere dei bravi programmatori dello Stato, a inventare nuove tecniche per manipolare il malato, la donna, il figlio, il bambino.

Oggi è sorta in psichiatria un'altra parola magica, che ha avuto anche qui nel congresso l'onore dei corsi, è la parola crisi. Pare non sia più di moda parlare di schizofrenia, di mania, di isterismo; oggi si parla di crisi, analisi della crisi, intervento nella crisi... Ebbene, io accetto questa cosa perché penso che sia vero che la crisi è la vera essenza del disturbo clinico, però il problema è il modo in cui affronto la crisi, che può avere due risultati diversi: la regressione o la maturazione sia del malato che del medico.

A Trieste abbiamo organizzato un'équipe che chiamiamo di "emergenza", che lavora ventiquattro ore al giorno e viene chiamata dove è necessario nella città. Questa équipe ha vari modi di rispondere alla crisi: uno è l'internamento, un altro è risolvere la crisi, ridare alla società quello che lei ha rifiutato, aiutandola a reintegrare la persona; oppure, altre possibilità che variano da momento a momento, da quella che è la situazione che si deve affrontare. Questo tipo di intervento sulla crisi fa in modo che la soluzione venga trovata insieme con la famiglia e col malato. Questo fa mettere in tavola tutti i problemi, i problemi della famiglia, quelli del malato e anche i problemi del medico, perché lo psichiatra è in una situazione di crisi, tanto quanto il malato e la famiglia. Il fatto di trovare insieme una soluzione dà una possibilità di maturazione del problema. Tutto questo mostra che l'intervento dell'operatore non può essere, non deve essere un'operazione totalizzante, ma individualizzante, nel senso che ogni caso è un caso, è una storia, come ogni medico è un medico con la propria storia. Insomma, una comunità ha una storia e ogni storia della comunità è l'insieme di tante storie, espressione di varie soggettività che devono essere rispettate. Se noi non teniamo presenti questi principi, non possiamo pensare alla trasformazione politica di una comunità, perché la trasformazione politica non sarà altro che il contrario della situazione precedente: cambierà il padrone ma la situazione resterà la stessa.

Mi pare che questo sia ciò che oggi viviamo nel mondo: la situazione è molto triste e oppressiva, vediamo che l'uno vale l'altro. Ebbene, ci sono state tante rivoluzioni in questi ultimi trenta, quaranta anni, e tutte ci hanno fatto sperare in un mondo che cambiava. Poi questa speranza è caduta, è venuta un'altra rivoluzione e noi siamo risorti sperando che questa fosse la rivoluzione buona... ma anche questa è fallita, e vediamo che tutto quello che succede al di fuori di noi finisce poi in un fallimento.

Nel campo della psichiatria abbiamo visto situazioni che rispecchiano in maniera peggiorata la psichiatria occidentale, e allora il nostro manicheismo, il modo in cui siamo educati ci dice che tutto è merda. Io non credo che tutto sia merda, anche perché noi che siamo qui, che stiamo parlando di questa cosa, non siamo merda perché vogliamo andare al di là di tutto questo, perché vogliamo trovare la rivoluzione dentro di noi. E' indubbio che, nel momento in cui vogliamo dare significato alla malattia del nostro paziente, alla persona con la quale abbiamo un rapporto, stiamo facendo una grande rivoluzione, una lotta non per cambiare con una nuova teoria il mondo ma una lotta nella quale vogliamo fare qualcosa che è inerente al nostro mestiere. Parlavo ieri dell'ideologia e delle utopie. Questo è il nostro segreto: il segreto di lavorare nell'ideologia perché ci viviamo immersi, siamo costretti a vivere nella realtà dei supermarket, del cinema, dei congressi, delle strade, nella realtà che ci è imposta ogni giorno, ma è questa realtà che vogliamo trasformare, e quando si trasforma la realtà tenendo presente la soggettività di tutti facciamo dell'utopia, entriamo nell'utopia: l'utopia diventa il vero reale, la prefigurazione di una realtà (2).

In altre parole, per citare una frase molto nota, si tratta di fare una "lunga marcia attraverso le istituzioni". O noi accettiamo di fare questa lunga marcia insieme alle grandi masse che vogliono cambiare il mondo o altrimenti la nostra sarà una lotta personale, una lotta individualista, borghese e nient'altro. Io vi ho parlato stamattina, vi ho intrattenuto, su argomenti che sembrano avere poco rapporto con la psichiatria, ma questa è la vera psichiatria perché non è psichiatria.

DOMANDA: Lei parla di una psichiatria rivolta al popolo, in cui vi sia partecipazione popolare a carattere democratico, come forza popolare organizzata, e questo trasformerebbe lo psichiatra in uno specialista organico alla classe oppressa. Quest'ipotesi non porterebbe a un degrado del ruolo dello psichiatra, dato che smetterebbe di essere medico e passerebbe a essere solo un politico, predicando la democrazia o altra ideologia, cancellando il ruolo dello psichiatra come se con questo atto finissero la pazzia e la malattia mentale?

RISPOSTA: Sì, direi che nel momento in cui lo psichiatra, l'operatore sociale, diventa organico alla classe oppressa, diventa leader, diventa mediatore, referente di quelli che possono essere i bisogni della classe oppressa. Questo mi pare sia un discorso molto importante anche se io lo vivo come discorso reazionario per come è stato posto, perché lo psichiatra è sempre stato organico non alla classe oppressa ma alla classe che opprime, cioè lo psichiatra ha sempre fatto l'interesse della classe dominante. Guardiamo ancora la mai tanto nominata Barbacena: il direttore di Barbacena è organico alla classe dominante o al popolo? Evidentemente è organico e dipendente dalla classe che opprime perché se mantiene Barbacena come è, vuol dire che è delegato dalla classe dominante a mantenere Barbacena come è. In altre parole, Barbacena è un tipo di controllo funzionale alla logica dell'organizzazione sociale nella quale viviamo. Quando il medico si rende conto di tutto questo ha due possibilità: quella di continuare a fare il medico tradizionale, il politico-reazionario quindi, o quella di ribellarsi e tradire la propria classe e mettersi al servizio della classe oppressa, per cui il suo referente non sarà più il padrone ma il servo. Questo è il discorso sull'organicità: tutto sta a scegliere, o scegliamo di essere vittime o scegliamo di essere carnefici. Mi pare molto importante che sia chiaro questo...

D: Ma si avrebbe un degrado del ruolo dello psichiatra passando a un ruolo virtualmente politico, all'utilizzo della psichiatria in termini ideologici... inoltre bisogna rispondere alla domanda su che cos'è la follia.

R: La psichiatria è sempre stata usata in termini ideologici, e noi combattiamo contro questo non per creare un'altra psichiatria ideologica ma per creare una nuova pratica che risponda il più possibile ai bisogni della gente oppressa. Sarebbe come dire di una persona che ha fame che questa sua fame non è un problema politico. Quando io do un pezzo di pane all'affamato faccio un atto politico, è evidente. Io preferisco dare il pane piuttosto che prenderlo.

L'altro discorso, il problema della follia, è un problema teorico molto importante: che cos'è la follia, questo mi pare mi hai detto, che io non dico cos'è la follia. Non voglio fare demagogia, ma chiedo a te: cos'è la ragione? Io non posso che risponderti che la follia non è ragione e che la ragione non è follia; io non credo che la follia si possa chiarire e spiegare con la ragione, e viceversa.

Da questo discende un altro problema, il problema della malattia mentale. Io non nego che ci sia la malattia mentale, ma la malattia mentale non è altro che l'organizzazione della follia in termini di linguaggio sistematizzato, cioè dire schizofrenia vuol dire sistematizzare un determinato modo di esprimersi della follia.

La schizofrenia nasce in un momento storico particolare, come organizzazione del pensiero scientifico. Nasce, già introdotta in un certo modo da Kraepelin (3), ai primi del Novecento per opera di Bleuler... (4) Non voglio fare qui una lezione di psicopatologia, ma è interessante vedere come nasce, come si configura la schizofrenia. La schizofrenia, per chi non lo sa, è una malattia che colpisce le persone in età adolescenziale e che si esprime per una caratteristica che si chiama "autismo", cioè il rinchiudersi in un mondo solitario. Evidentemente questa è una reazione, è una difesa di un giovane che non accetta l'impatto con la vita. Noi vediamo che, dal Novecento in poi, in tutti i paesi in via di industrializzazione, in tutti i paesi più avanzati, la forma clinica più frequente era proprio la schizofrenia (non dico con questo che la schizofrenia non si evidenziasse anche in altri paesi, ma direi che nei paesi industrializzati sembrava avere una frequenza del tutto speciale...). Oggi invece, nei paesi ad alto sviluppo tecnologico, la vera preoccupazione dell'organizzazione sanitaria psichiatrica sembra essere il giovane drogato. Si stanno formando insomma altre sindromi cliniche che sono le varie forme istituzionalizzate della follia. In altre parole, la malattia mentale è la maniera di esprimersi della follia nei vari contesti sociali nei quali sorge. A me non interessa tanto la follia, e neanche la malattia mentale, ma il modo in cui il folle riesce a vivere la sua vita, tenendo presente il modo in cui si svolge culturalmente la vita della società. Sei soddisfatto della risposta o no?

D: Non tutti i folli sono repressi e istituzionalizzati. Tutti noi conosciamo uomini di potere su cui non è difficile fare una diagnosi...

R: Mi pare interessante questo intervento perché chiarifica un aspetto del problema. All'indomani della Seconda guerra mondiale era molto frequente sentir dire che Hitler era un paranoico, uno schizofrenico, che era un pazzo. Così come si diceva che i torturatori sono pazzi, o in Italia si diceva o si dice che le Brigate Rosse sono dei pazzi. Ecco, credo che qui ci sia un equivoco che bisogna chiarire. Penso che nel momento in cui si dice che questi sono pazzi, in realtà si pensa di esorcizzare, di eliminare il problema, perché se Hitler è pazzo una volta preso lo si chiude in manicomio e la vita continua nella sua logica; se il torturatore è pazzo, si mette il torturatore in ospedale psichiatrico ed è finita. E invece io non credo che sia finita; io credo che ci possano essere dei meccanismi psicopatologici nel modo di muoversi di queste persone, ma il loro modo di essere, il modo di agire, il modo di partecipare alla vita di ogni giorno è estremamente logico e razionale. Direi che i reggitori degli Stati che usano queste persone, le sanno usare fino in fondo. Il torturatore è una persona che ha il suo iter, il suo cammino, il suo nascere, il suo svolgersi. Per esempio, potremmo dire che i direttori dei manicomi sono tutti dei torturatori, e allora dovremmo mettere tutti i direttori degli ospedali psichiatrici in manicomio, che credo sarebbe la cosa più sana... Ma invece il problema è che il direttore dell'ospedale psichiatrico ha un iter di vita che ci fa vedere come accade che una persona che all'inizio pensava di poter fare del bene al prossimo diventi poi un torturatore... C'è un libro molto importante di Sartre (5) scritto con uno scrittore algerino torturato che spiega proprio come avviene la "fabbricazione" del torturatore. Questa è la logica del

razionale...

D: In quale misura la tecnica psicoanalitica può affrontare non solo i problemi personali ma anche il problema della "socialità"?

R: Io non penso che il problema della socialità e dei problemi personali possa essere risolto da una tecnica. Una volta, quando non c'era la psicoanalisi, c'era il parroco di campagna, il prete dal quale si andava per risolvere i propri problemi personali. Oggi il mondo è diventato laico, per cui il prete è diventato lo psicoanalista. Ma direi che c'è una differenza fra il prete e lo psicoanalista. Io non sono cattolico, sono cattolico solo anagraficamente, però fra lo psicoanalista e il prete preferisco il prete: perché mentre il prete confessa tutto il mondo, borghesi e proletari, lo psicoanalista confessa solo i borghesi... Bene, lo so che è molto facile parlare così e poi far ridere la gente... io penso che in realtà la cosa sia molto più complessa. Penso che Freud sia stato uno dei grandi di questo secolo per due ragioni: perché disse agli uomini che c'è qualche cosa che non conoscono di sé, cioè l'inconscio, elemento estremamente importante da capire per la vita dell'uomo, e perché è stato l'uomo che ha fatto sentire nella soggettività l'odore, il cattivo odore della borghesia che stava morendo. Per me Freud è stato un grande sociologo, un grande politico proprio per questa ragione, perché la partenza della sua teoria nasce dallo studio di un meccanismo politico. Da qui è nata una teoria su cui si può essere d'accordo o meno. Io non sono d'accordo sostanzialmente perché non si può distinguere fra psicoanalisi e istituzione psicoanalitica, sarebbe come distinguere fra cristianesimo e Chiesa cattolica. Io non sono d'accordo con la Chiesa cattolica e non sono d'accordo con la psicoanalisi perché penso che l'istituzione è la cosa, come la psichiatria è il manicomio. Non esiste la psichiatria in senso assoluto, perché la psichiatria si concretizza nel manicomio. Penso che la psicoanalisi abbia al suo interno e nella sua logica dei principi attivi molto importanti, ma non sono d'accordo con gli psicoanalisti perché hanno trasformato la psicoanalisi in una multinazionale. Non voglio azzardarmi in considerazioni teoriche. Io dico sempre agli psicoanalisti che mi confronto con loro, però sul terreno della pratica.

D: Vorrei che il professore parlasse un po' di più sulla situazione attuale della psichiatria in Italia, se esistono cliniche e come funzionano, e le differenze rispetto alle nostre.

R: Ho parlato prima dei problemi della psichiatria nei paesi più avanzati d'Europa e ho lasciato da parte l'Italia per una ragione di buon gusto... Ma dato che lei me lo chiede ne parlo. La psichiatria italiana oggi, nonostante le lotte che in questi ultimi vent'anni sono state fatte, è ancora una psichiatria asilare, anche se esiste una legge che vieta la costruzione e ordina l'eliminazione dei manicomi. Noi psichiatri democratici, pur avendo stimolato la nuova legge, siamo una minoranza, ma, come direbbe Gramsci, siamo una minoranza egemonica. E' un po' quello che è successo in questi ultimi tempi qui a Belo Horizonte: da quando un gruppo di operatori ha cominciato ad attaccare socialmente e politicamente la psichiatria tradizionale e i manicomi, si è avviata una discussione, i manicomi sono stati aperti agli operatori, ai giornali, ai fotografi; questo perché della gente si è mossa e ha protestato per lo scandalo. Ebbene, il problema adesso non è continuare solo sullo scandalo, la cosa più importante è l'organizzazione; dobbiamo opporre organizzazione all'organizzazione. Questa minoranza deve organizzarsi di più se vuole essere sempre più forte nei confronti dello Stato, nei confronti del governo, se vuole strappare dei miglioramenti, delle riforme. Io non credo che si ottenga niente spontaneamente; si ottiene solo e soltanto attraverso la lotta. Dopo vent'anni di lotta, e dopo aver convinto non tanto il governo quanto le organizzazioni politiche e sociali della necessità di un cambiamento nell'assistenza, abbiamo ottenuto una legge che dobbiamo difendere giorno per giorno perché, anche se si tratta di una legge dello Stato, la maggioranza non vorrebbe applicarla, gli psichiatri tradizionali non vorrebbero applicarla perché segna la perdita del loro potere. Di fatto questa legge è la perdita di potere degli psichiatri tradizionali ma insieme la messa in opera di un nuovo sapere. Naturalmente noi dobbiamo essere molto vigili perché questa minoranza, una volta catturata, può diventare la nuova maggioranza

riciclata.

D: La mia domanda è questa: come democratizzare l'agire dello psichiatra senza fare altrettanto col modello medico?

R: Penso che sia molto difficile democratizzare il modello medico perché esso coincide con la finalità e il modello della corporazione medica. Non si può far democrazia se i medici non sono democratizzati a proposito dell'assistenza; quindi penso che i medici devono essere costretti dalle forze popolari a cambiare il loro atteggiamento, perché è molto difficile che il medico voglia perdere i propri privilegi, che sono privilegi di potere e privilegi economici. D'altra parte abbiamo un esempio proprio qui, in Sudamerica, di quanto vergognoso sia stato l'atteggiamento della classe medica nei confronti della trasformazione politica di un paese: in Cile, una delle cause della caduta del governo Allende fu proprio la corporazione medica, che non fu democratizzata nel periodo dell'unità popolare ma si oppose in maniera ferma alla trasformazione. Quindi il problema sta proprio nel sensibilizzare i medici. Per cambiare questa situazione bisogna dare ai medici la possibilità di capire che è anche nel loro interesse cambiare, e questo è molto difficile. E' un punto molto critico. Però il fatto che tanti medici abbiano la volontà di cambiare significa che ci sono delle quinte colonne all'interno della corporazione medica. Il tempo lavora per noi, non per il potere.

D: Si è parlato molto finora di partecipazione popolare. Come si può pensare di ottenerla in una società emarginante dove una minoranza decide e controlla la partecipazione delle persone? Come pensare in questo paese a una partecipazione popolare, a una psichiatria comunitaria se domina un atteggiamento di emarginazione, se le persone sono incentivate a non partecipare?

R: Sì, certo, ma questa è la scommessa che facciamo. Anche questo convegno, tutto quello che diciamo è una provocazione costante contro questa società: noi siamo una minoranza che vuole una realtà diversa. Sarebbe come pensare che quando sono cominciate più di cento anni fa le lotte operaie gli operai avessero detto "come possiamo organizzarci, quando c'è tutta un'organizzazione sociale che è contro di noi?". Ebbene, dopo cento anni, oggi le organizzazioni dei lavoratori sono una realtà molto importante, e la situazione è molto cambiata. Spero che per cambiare ciò che vogliamo cambiare noi non ci vogliono cent'anni...

NOTE.

(1). Robert Castel, uno dei maggiori sociologi contemporanei, attualmente direttore di studi all'Ecole des hautes études en sciences sociales è stato amico di Franco Basaglia e protagonista con lui del dibattito culturale e politico sui saperi e le istituzioni psichiatriche. Uno dei suoi primi lavori pubblicati in Italia, "Lo psicoanalismo. Psicanalisi e potere", Einaudi Milano 1975 ("Le psychanalyse", Maspero, Paris 1973) è stato introdotto da Franco e Franca Basaglia (in Franco Basaglia, "Scritti", vol. 2 cit., p. 349), e un saggio di Castel, "La contraddizione psichiatrica" è contenuto nel volume collettivo "Crimini di pace", a cura di Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1975, p 171.

(2). Questa riflessione su ideologia, utopia e realtà è stata sviluppata da Basaglia in uno dei saggi più belli, "L'utopia della realtà", in: "Scritti" vol. 2, cit., p. 339.

(3) Emil Kraepelin (1865-1926) fu il primo ad avviare l'opera di riordino e classificazione delle malattie mentali. La sua monumentale "Psychiatrie. Ein Lehrbuch" uscì completa nel 1903 e fu tradotta in italiano due anni dopo ("Trattato di psichiatria", Vallardi, Milano 1905).

(4). Eugen Bleuler (1857-1939) pubblicò nel 1911 il suo primo lavoro di sistematizzazione del concetto di schizofrenia, riedito recentemente in italiano col titolo di "Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie", La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.

(5). Si tratta del libro di Henry Alleg, "La tortura", trad. it. Einaudi, Torino 1958, di cui Jean-Paul Sartre scrive l'Introduzione.

PSICHIATRIA E POLITICA: IL MANICOMIO DI BARBACENA (*).

Belo Horizonte, sede dell'Associação médica de Minas Gerais
21 novembre 1979.

Vi confesso che sono molto emozionato dopo aver visto questo film. Mi sento un po' in difficoltà a dover parlare di un tema che il film ha già svolto. "Psichiatria e politica" è il film di Barbacena che avete visto questa sera, non per il commento che voi avete sentito ma per le immagini che avete visto. Io non so se il film, da un punto di vista cinematografico, sia bello o brutto; a me non interessa, perché in questa situazione il problema estetico non ha nessun valore. Questo film è l'evidenza e la testimonianza di quello che potremmo chiamare un "crimine di pace" (1), e penso che noi davvero dovremmo creare dei tribunali per giudicare tutti quelli che hanno accettato e sopportato di far vivere in questo modo quei disgraziati. Ma i tribunali di solito servono per altri, servono per giudicare i poveri che non hanno sopportato la competitività di questo sistema infernale: i tribunali sono i tribunali psichiatrici che mandano la gente in manicomio.

Ebbene, come parlare di politica? La politica è questo documento, la politica è Barbacena, Barbacena è l'espressione più evidente di un fascismo imperante che non vuole i poveri alla sua tavola. Ora siamo qui riuniti alla conclusione di questo convegno. Penso che dovremmo fare una specie di promessa e dire tutti insieme: "no al manicomio, no alla violenza, no alla brutalità". Abbiamo visto questo film su Barbacena, e se non vogliamo più accettare questa dura realtà noi dobbiamo essere come il bambino della favola di Andersen (2) che vedendo il re che camminava nudo gridò: "Il re è nudo, il re è nudo!". Ebbene, questa è la psichiatria, e noi dobbiamo lottare per battere questa psichiatria, per trasformare tutta l'assistenza in risposte ai bisogni di chi soffre.

Questa sera, dopo le immagini che abbiamo visto, vi dico la verità, non me la sento di parlare delle alternative a Barbacena. Penso che dovremo esser grati a quanti hanno realizzato questo film chiamandoli a questo tavolo per cominciare a discutere su Barbacena. Discutendo insieme potremo trovare l'alternativa a Barbacena, perché io non penso che uno psichiatra straniero possa dare l'alternativa a Barbacena, a Minas Gerais. Io dico che il modello italiano, se un modello italiano c'è, non è esportabile; l'alternativa deve nascere da Minas Gerais, dalla popolazione, dai tecnici, dalla classe di Minas Gerais. Solo così io penso che ci sarà una vera alternativa alla situazione.

Penso che tutti insieme oggi, in questo momento, dobbiamo applaudire piangendo a questo film che ci ha dato la possibilità di vedere contro cosa dobbiamo lottare. Ringrazio molto tutti e chiamo a questo tavolo il regista del documentario, il presidente del congresso César Campos, Antonio Simone e tutti quelli che hanno partecipato al film.

DOMANDA: Io vorrei che lei approfondisse il problema del ruolo dello psichiatra e dello spazio che egli deve dare alla sua autodistruzione, dato che la distruzione della situazione significa rompere con la struttura borghese e con il potere che questa ha sul controllo della salute.

RISPOSTA: Il problema che lei pone mi sembra molto giusto perché il problema della distruzione del manicomio non può avvenire che attraverso gli operatori che lavorano nel campo della salute, e quindi è una situazione effettivamente un po' masochista, autodistruttrice. Questo se mettiamo il discorso in termini psicologistici, ma se lo poniamo in senso politico la distruzione del manicomio avviene non tanto per una ragione tecnica ma per una ragione politica, quando l'assistenza e la politica non possono più sopportare la ghettizzazione, l'esclusione del diverso. I movimenti, i partiti e i sindacati che vogliono la trasformazione di una società non possono sopportare che il proletariato e il sottoproletariato siano trattati in questo modo nelle istituzioni dello Stato. Deve

quindi iniziare una mobilitazione per la trasformazione di queste strutture. Devono essere i partiti, i sindacati a proporre alternative al problema del controllo. Naturalmente psichiatri e operatori saranno verificati da questo movimento che monta; allora non si parlerà più di masochismo, di autodistruttività ma si parlerà di un'alleanza costante e continua fra la classe che lotta nelle sue organizzazioni e lo psichiatra che ha cambiato padrone, nel senso che ci sarà un'alleanza nel portare avanti un discorso che sarà certo tecnico, ma anche politico.

E' molto difficile poter dire in pratica come questo si verifica, ma ieri mattina, dicevo, ho avuto notizia che in una città vicina a Belo Horizonte i sindacati hanno posto fra le loro rivendicazioni il diritto alla salute. La cosa non è stata chiesta dagli psichiatri, dai medici, è stata chiesta dai lavoratori in lotta, e questo è importante perché dà la possibilità al medico che vuole cambiare l'assistenza di capire cosa sono i bisogni del cittadino, perché fino a oggi chi ha determinato le necessità nella malattia o nella salute sono stati i medici. Su questa dimensione si comincia a capire cosa vuol dire prevenzione: prevenire la malattia vuol dire operare per mantenere la salute. Ma noi medici, che siamo istruiti nelle università per curare le malattie, non sappiamo cos'è la salute, sappiamo solo cos'è la malattia. Ma se vogliamo cambiare veramente le cose dobbiamo incominciare a imparare all'università cosa vuol dire il sociale nella medicina, perché l'uomo non è fatto di corpo - è fatto anche di corpo - ma è fatto di sociale, e nel momento in cui il sociale entra nella medicina il medico non capisce più niente, perché è abituato a pensare che il suo malato sia un corpo malato, un tumore, un fegato malato, una testa malata. Non gli viene mai in mente che questa persona, che questa malattia, che questa situazione possano essere conseguenza della vita. Allora, evidentemente, prevenzione della malattia o mantenimento della salute non vuol dire fare diagnosi precoci ma vedere nei posti di lavoro, nei luoghi della vita quali sono le situazioni che determinano la malattia. In questo modo il medico diventa un militante, combatte nella fabbrica perché le situazioni di lavoro siano tali da non produrre malattia; non darà più automaticamente medicine ma discuterà con gli operai qual è la loro situazione di lavoro, per rivendicare una migliore situazione per vivere, per poter sopravvivere.

Evidentemente è il significato della medicina che cambia, il medico finisce di essere il mago, e gli orrori che abbiamo visto a Barbacena non ci possono più essere perché il compito del medico non sarà quello di studiare la malattia mentale a Barbacena, ma quello di impedire che in una società civile si verifichino queste cose. Questo è il compito che ci aspetta. In altre parole, il medico, non essendo più uno stregone, sarà la persona che difende i diritti umani del suo malato. Oggi i grandi della Terra, i reggitori dei grandi paesi, hanno aperto la campagna per i diritti umani. Il problema è che questi diritti umani non sono difesi, sono calpestati giorno per giorno, e credo che questa riunione non sia un convegno di psichiatria, né un convegno politico nel senso tradizionale della parola, ma un convegno a difesa dei diritti dell'uomo contro l'internamento psichiatrico, un convegno che chiede appunto agli operatori come è possibile operare in questo senso.

D: Può dirci qualcosa sul manicomio criminale, se esiste in Italia e qual è il vostro atteggiamento al riguardo?

R: Certo, esiste in psichiatria un settore che si chiama psichiatria criminale. In Italia, all'inizio del Novecento c'è stato uno psichiatra, Cesare Lombroso, che vedeva l'origine della malattia mentale in cause puramente naturalistiche, per cui il matto nasce matto e talvolta nasce anche pazzo criminale; per questo pazzo criminale è stata creata un'istituzione fatta apposta per lui, che era appunto il manicomio criminale. Il pazzo che uccide, che ruba, che fa un atto antisociale deve entrare in un manicomio particolare e non in prigione perché a causa della malattia non può comprendere il significato, l'importanza della pena, cioè non può capire il senso della riabilitazione che la prigione gli infligge. Quindi non può essere condannato a una pena detentiva in carcere ma è condannato a restare nel manicomio criminale per un determinato numero di anni, dopo di che passerà all'ospedale psichiatrico per farsi curare. Se Barbacena è l'ospedale psichiatrico civile, cosa sarà l'ospedale psichiatrico criminale...

In Italia esistono cinque di questi ospedali giudiziari ma con la nuova legge per cui il malato di

mente non è più ricoverato sulla base della pericolosità, entra in crisi il concetto stesso di manicomio criminale. Questo significa che il matto che uccide dovrebbe essere giudicato come qualsiasi altra persona; ed è per questa ragione che è stato chiesto in questo periodo alla Corte costituzionale italiana di decidere se i manicomi criminali sono costituzionali o no. La risposta che verrà data sarà molto importante per la revisione dei codici e per un cambio culturale della visione delle cose (3).

Mi sembra che questo sia molto importante, e penso che una delle richieste che dovrebbe uscire da questo congresso, fra le altre, dovrebbe essere quella di eliminare ogni legge particolare, speciale sull'internamento psichiatrico: non deve più esistere una legge speciale per il malato di mente, ma saranno le leggi generali che interverranno su questa materia secondo la costituzione di ogni paese. In Italia oggi il ricovero obbligatorio non è riferito soltanto al malato di mente ma a tutte le situazioni che possono essere di danno alla persona e alla società. Nella riforma sanitaria nella quale è inserita la nuova disposizione per le malattie mentali esiste un articolo (4) che si riferisce ai trattamenti obbligatori, e tra questi è previsto in caso di necessità anche quello per il malato di mente.

Su questo punto, è successa una cosa abbastanza interessante in Italia. Mentre prima della legge la quasi totalità dei malati venivano ricoverati in manicomio come coatti (la vecchia formula per l'internamento era "pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo" e quando un medico riconosceva che una persona aveva bisogno di essere internata faceva una richiesta in triplice copia che doveva essere controfirmata dal questore) (5), con la nuova legge, non esistendo più l'indicazione della pericolosità, l'internamento viene ad avere un meccanismo più difficile. Cioè il medico che vuole mettere una persona in trattamento obbligatorio deve chiedere l'autorizzazione non già al questore ma al sindaco della città, che è, secondo la riforma, l'autorità sanitaria.

D: La nuova legge ha modificato l'andamento dei ricoveri coatti?

R: Dal momento in cui è cambiata la logica dell'internamento e al medico risulta meno automatico fare il ricovero coatto, oggi si ricoverano volontariamente quasi tutti i pazienti. Mentre prima i ricoveri coatti erano l'80 per cento dei ricoveri complessivi, oggi al contrario i ricoveri coatti sono scesi di oltre la metà in tutto il paese. Questo dimostra come una legge possa modificare l'atteggiamento del tecnico, e questo è certamente molto importante.

D: Può parlarci dell'assistenza psichiatrica nei paesi socialisti?

R: Non conosco la psichiatria dei paesi socialisti. Io ipotizzo una soluzione socialista all'organizzazione sociale, una società diversa che continui a criticare se stessa in una situazione di rivoluzione culturale costante. Non so quale sarà questa società e non so se questa società ci sarà mai. Noi combattiamo perché questo avvenga. Ma il nemico, direi, il capitale - tanto per dire una parola grossa - non vuole morire, e soprattutto non vuole morire di infarto. Allora l'agonia sarà lunga, quindi la lotta sarà molto lunga. Il problema è che noi dobbiamo accettare la lotta e cominciare la lunga marcia.

Per quanto riguarda Cuba, che è l'unico paese socialista che conosco, dico la verità: io non amo gli ospedali, e non amo neanche l'ospedale di Cuba, anche se è un paese socialista. Io penso che a vent'anni dalla rivoluzione l'ospedale psichiatrico di Cuba non dovrebbe esserci più. Io non voglio criticare la psichiatria cubana, penso che è molto semplice criticare le cose se non si conosce il contesto culturale, sociale, politico nel quale queste contraddizioni avvengono; come è molto facile criticare i gulag sovietici anche se li critico io per primo. Però è strano come la situazione internazionale, per esempio Amnesty International che penso tutti conosciate, continui giustamente a denunciare i manicomi sovietici, il fatto che i dissidenti siano messi nei manicomi, ma non ho mai visto né mai sentito che Amnesty International denunci per esempio Barbacena, che pure è un fatto reale. Quattro anni fa circa, a Honolulu, si è riunito l'ultimo congresso internazionale di psichiatria. Questo congresso si chiuse con una mozione: gli psichiatri di tutto il mondo denunciavano l'uso

politico della psichiatria contro i dissidenti. Non una parola degli psichiatri contro la situazione di oppressione dei manicomi occidentali. Spero che la mozione di questo congresso non sia di questo genere.

D: Può dirci ancora qualcosa rispetto alla psichiatria cubana?

R: Dico di nuovo che non sono d'accordo con gli psichiatri cubani, prima di tutto perché esistono i manicomi, anche se belli, poi perché c'è un atteggiamento clinico nei confronti della psichiatria che indica una tendenza verso il controllo sociale del malato di mente. L'ospedale dell'Avana che ho visto dieci anni fa era un ospedale umanizzato, molto bello, ma io speravo che dopo dieci anni fosse sorto un paese al suo posto, non che ci fosse ancora il manicomio.

D: Io lavoro in un ambulatorio di salute mentale che due volte alla settimana si riempie di persone che devono essere spedite a Barbacena. Noi siamo molto angosciati da questo, e stiamo veramente pensando a come cambiare la situazione. Il nostro problema è che non abbiamo una strada per iniziare questo lavoro. Credo che sarebbero necessari corsi su come riuscire a reintegrare i malati nella società, nella famiglia.

R: E' molto difficile parlare di una situazione che non si conosce. Qui il problema è l'integrazione, come si possono integrare delle persone emarginate, escluse quando non c'è lavoro per le persone che potrebbero lavorare, che non sono matti. Io penso che questo discorso dovrebbe essere fatto coinvolgendo la popolazione sul problema dell'integrazione. Allora, nel momento in cui con la popolazione si discute dei vari casi, la popolazione si identifica con questi perché quando un malato deve essere dimesso dall'ospedale, si evidenzia soprattutto che il problema principale non è la malattia ma la miseria. In questo senso avviene un'integrazione attraverso l'identificazione nella miseria, la miseria di fuori con la miseria di dentro: allora si potrà fare una lotta insieme per andare al di là della miseria e l'integrazione sarà più semplice perché la popolazione si prenderà carico di questa persona. Questa non è che un'indicazione, non conoscendo la situazione di qui non posso dire di più.

D: Io chiedo se i casi di malattia mentale non sono incrementati dal fatto che siamo un paese conservatore, e questo vale tanto per l'Italia quanto per l'America Latina, in cui c'è tanta povertà, miseria...

R: E' un po' difficile rispondere ma credo che in linea di massima è vero quello che lei dice. La malattia del povero diventa cronica, la malattia del ricco ha un'evoluzione più benigna. Non è che ci sia un virus diverso per le due malattie, è che l'evoluzione clinica si dimostra diversa perché il contesto sociale nel quale vive la persona è diverso. Il ricco ha la possibilità di affrontare il problema, il disagio della sua malattia; il povero no.

NOTE.

(*) Questa conferenza è stata preceduta dalla proiezione di un documentario, realizzato da giornalisti e operatori psichiatrici, sul manicomio di Barbacena, poco lontano da Belo Horizonte, che Basaglia aveva visitato in quei giorni.

(1). "Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione" è il titolo di un volume collettivo curato da Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia (Einaudi, Torino 1975). Sul concetto di "crimini di pace" e sulla filosofia complessiva di quella ricerca si veda il saggio "Crimini di pace" in Basaglia, "Scritti" vol 2, cit., p. 237.

(2). Si tratta del racconto "I vestiti nuovi dell'imperatore" in: Hans Christian Andersen, "Fiabe", trad. it. Einaudi, Torino 1954.

- (3). In effetti la Corte costituzionale con le sue due ultime sentenze di risposta a questioni di costituzionalità sui manicomi giudiziari (sentenze n. 132 e n. 141 del 1982) rivolse al legislatore un "pressante invito" a intervenire sulla materia. cosa che tuttavia non è avvenuta.
- (4). Basaglia si riferisce all'art. 33 (legge n. 833/78) che disciplina le "Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori".
- (5). Si tratta della legge n. 36 del 14 febbraio 1904 che è stata in vigore fino alla riforma del 1978.

PUBBLICO E PRIVATO IN PSICHIATRIA.

Belo Horizonte, sede dell'Associação médica de Minas Gerais
21 novembre 1979.

Siamo alla fine di questo corso, molto burrascoso, impreveduto... ma a me piace che le cose non siano istituzionalizzate, che siano sempre una risposta nuova a un avvenimento, a una domanda. Ecco, mi pare che questo corso non sia stato un seminario molto normale... è stato anche un po' pazzo... Penso che molti di noi, su questa situazione impreveduta, abbiano potuto pensare cose che non sono state dette; in questo modo è stata stimolata l'intuizione, la fantasia di ognuno. Ho visto che, in particolare dopo il corso, separatamente molti di voi mi hanno chiesto delle spiegazioni. Evidentemente c'era questo bisogno di chiudere il cerchio del discorso, di avere una risposta precisa per poter agire praticamente domani sulla propria pratica. Mi pare che quello che noi abbiamo detto sul problema specifico del corso è il fatto che i diritti umani degli internati, dei malati sono calpestati ogni giorno dalle cosiddette terapie psichiatriche e che ogni giorno c'è la necessità di trovare un'alternativa a questa situazione. Questa mattina non parleremo più di Barbacena anche se il problema resta aperto domani per la nostra pratica. Ora dobbiamo vedere in che modo possiamo affrontare domani la fine reale di Barbacena.

Abbiamo dunque in Brasile due forme di assistenza psichiatrica: una per gli indigenti e una per i lavoratori. Accanto a questo c'è un altro tipo di assistenza, che è l'assistenza per i ricchi. L'assistenza per i poveri, per gli indigenti, è erogata dallo Stato; l'assistenza per i lavoratori è data dalle casse mutue. Ebbene, in due maniere diverse l'assistenza è più o meno uguale nell'atteggiamento dei sanitari. In questo senso penso che la differenza fondamentale sia che l'assistenza che lo Stato dà al povero non è oggetto di lucro mentre l'assistenza data al lavoratore attraverso le mutue è fonte di lucro.

All'inizio di quest'anno da noi è stata approvata la riforma sanitaria che elimina tutte le mutue e dà solo allo Stato la possibilità e la responsabilità di gestire la cura dei malati. Oggi, quindi, in Italia la medicina è nazionalizzata e lo Stato delega alle regioni - che sono come qui gli Stati - la gestione della salute del cittadino. Le varie mutue sono superate e le varie regioni incamerano il denaro con il quale garantiscono l'assistenza sanitaria. Voglio precisare che l'assistenza sanitaria italiana e quella psichiatrica non sono buone, perché sono ancora la conseguenza delle varie mutue che hanno turbato, per così dire, l'evoluzione del sistema nazionale sanitario. Il denaro di queste mutue è stato usato in vari modi; l'Inam, che era la più grande di queste istituzioni, ha finanziato una guerra coloniale: pensate che la conquista dell'impero etiopico da parte dell'Italia fu finanziata dal denaro dei lavoratori... Ebbene, io non so se le vostre mutue finanzino guerre, ma certamente il cumulo di denaro di cui dispongono darà dei frutti e degli interessi enormi: quegli stessi interessi che dovrebbero essere dati ai lavoratori che impegnano il loro denaro in queste mutue.

Pensate, per esempio, agli interessi che le mutue hanno con le case di cura private: è una specie di mondo a sé, dove l'interesse privato incide pesantemente sull'interesse generale. Io penso che abbiamo fatto un gran parlare di Barbacena, ma credo che sarà molto più facile risolvere il problema dei manicomi che quello delle case di cura private. L'indignazione che abbiamo avuto con Barbacena vale anche per le case di cura private, ma la cosa non è così evidente, è molto più ambigua, più sotterranea. Ebbene, qui si pone un discorso molto chiaro. Lo Stato brasiliano dice: io

non ho denaro per far fronte ai bisogni dell'assistenza sanitaria e psichiatrica in particolare, e d'altra parte esiste la mutua, che è l'unica organizzazione che può dare una risposta reale ai bisogni sanitari perché ha il denaro. Il problema è che la mutua dà il denaro all'iniziativa privata per cui lo Stato non ha alcun controllo sull'erogazione, sul modo in cui viene fatta l'assistenza sanitaria. Questa è la questione più grave. Fare grandi discorsi demagogici o populistici è molto facile, ma come uscire da questa impasse? Ci potrebbero essere varie possibilità: che la mutua, per esempio, desse il denaro allo Stato e lo Stato organizzasse i servizi sanitari. Ma lo Stato, a cui interessa non avere problemi e stimolare l'iniziativa privata, dice: io non ho l'organizzazione sanitaria psichiatrica che i privati hanno. Così continua il discorso dell'impresa privata e dello sfruttamento del malato di mente: se c'è un lucro infatti non c'è interesse a riabilitare e dimettere il malato ricoverato.

Però io so che esiste una legge brasiliana non applicata, quella che stabilisce la costituzione dei "Centri di salute", non mentale, centri territoriali che servono ad affrontare i problemi e i bisogni delle persone, luoghi in cui c'è uno screening dei malati, cioè un filtro che cerca di arrestare i ricoveri e l'internamento negli ospedali. Io ho visto alcuni di questi centri funzionanti a San Paolo, e ne ho visto in particolare uno che secondo me è un modello di organizzazione sanitaria, un modello che non ha niente da invidiare, per esempio, a Cuba. Ma gli operatori di questo centro mi dicevano che i centri in funzione prima erano sei e che a mano a mano sono stati chiusi per la pressione dei proprietari delle case di cura, che avevano visto diminuire in modo impressionante il numero degli internati nelle loro case di cura.

Credo che, prima di fare grandi programmi di sconvolgimento dell'organizzazione sanitaria, dobbiamo guardarci attorno, cercare di fare le cose minime. Se per esempio noi proponessimo che questa legge fosse applicata e che questi "Centri di salute" venissero realizzati dove occorrono, vedremmo che la situazione dell'internamento nelle case di cura private diminuirebbe mentre comincerebbe quello che è essenziale in un'organizzazione sanitaria: un lavoro di prevenzione, perché il futuro dell'organizzazione, ovunque nel mondo, non è la creazione di nuove istituzioni ospedaliere, ma di reti di servizi preventivi. Bene, io non credo che una futura organizzazione sanitaria possa eliminare totalmente il problema delle case di cura private; sarebbe come pensare che per ordine di Stato si potessero eliminare le banche. Noi viviamo in uno Stato capitalista con le sue regole, e tutte le leggi che strappiamo allo Stato sono leggi che si conquistano attraverso una lotta, una lotta reale, popolare. Quindi non possiamo pensare di avere delle leggi socialiste; noi avremo delle riforme tendenzialmente più o meno riformiste ma che, una accanto all'altra, tendono a cambiare la logica dello Stato e soprattutto a mutare la logica della cultura della gente.

Mi pare importante dire questo a conclusione di questo corso perché, oltre a mettere in discussione il manicomio, si mette in discussione l'esistenza delle case di cura private e si fa vedere che il profitto privato è un elemento antiterapeutico. Allora la gente comincia a pensare che ci vuole un altro tipo di intervento. Se si comincia a vedere che fra l'80 e l'85 per cento del denaro delle mutue è dato alle case di cura private, vuol dire che queste istituzioni capitalizzano e sfruttano per l'80 per cento il lavoro dei lavoratori. E' enorme, la mutua è praticamente una banca che fonda il suo guadagno sugli interessi di questo denaro e sul lucro che ricava dal tipo di terapia erogata ai malati.

Adesso guardiamo da vicino come funziona una di queste case di cura private. Qui ne ho viste due: una apparentemente buona e una, direi, piuttosto cattiva. Ciononostante erano due ospedali che funzionavano con la stessa logica, con la terapia, come si chiama in gergo, della "porta girevole", cioè con un tempo di ricovero relativamente breve come segno di modernità, ma siccome un letto vuoto è una perdita di denaro, ecco che c'è un turn-over enorme di cui i padroni delle case di cura si gloriano, e dicono: noi non teniamo le persone anni, mesi, decenni ma li dimettiamo subito. In questo modo sembra si tratti di una conquista terapeutica, mentre è evidente che tutto questo risponde a tutt'altro bisogno (fra l'altro, mi pare di aver capito che la mutua possiede anche ospedali per cronici, sempre convenzionati con le case di cura private e che si avvicinano di più ai manicomi pubblici).

Ma ritorniamo nelle due case di cura che ho visitato. La casa di cura apparentemente bella è quella che dispone della "ergoterapia", della "ludoterapia" e di altre terapie e ha un clima tipo comunità terapeutica, come certe pensioni a conduzione familiare nelle zone climatiche, insomma una casa

di cura paternalistica apparentemente buona ma con una finalità molto precisa che è quella di sfruttare economicamente il paziente, mentre cerca anche di fargli passare la giornata. Guardando poi l'organigramma del personale, c'erano proporzionalmente molti medici, molti psicologi e pochissimi infermieri. Infatti, tutto quello che riguarda la gestione, i lavori, diciamo così, umili di questo istituto sono fatti dai malati, e cioè i malati sono doppiamente sfruttati, e per di più a fine terapeutico. I pazienti con cui ho parlato erano persone docili, buone, persone in una situazione totalmente regressiva, adattate all'istituzione che appariva come una specie di utero che plasmava a mano a mano le persone che entravano. La risposta era totalmente istituzionalizzata, cioè medicalizzata, il disturbo, il sintomo era sempre coperto da una medicalizzazione. La seconda istituzione, quella più brutta, diciamo, è un vero e proprio manicomio in cui lo sfruttamento del malato all'interno neppure è mascherato dalla terapia.

E' interessante però il fatto che sia gli psichiatri che gli amministratori di entrambe le case di cura dichiaravano che il loro problema era quello di avere degli internati che non c'entravano per niente con la medicina; erano quelli che venivano appunto chiamati "malati sociali". E' quello di cui si è discusso anche qui, in questo congresso, persone che vanno in ospedale perché non possono star fuori, perché sono indigenti e nessuno le vuole: sono gli altri i veri malati. Abbiamo già polemizzato su questo punto, ma per me non c'è differenza tra i due tipi di malati perché sono tutti e due prodotti dell'organizzazione sociale, non causa, sia chiaro, l'organizzazione sociale non è causa di malattia. Tutte e due questi tipi di malati sono un prodotto dell'organizzazione sociale, il che è del tutto diverso, sono un prodotto storico sociale come la criminalità.

Abbiamo anche chiesto ai sanitari di questi due istituti se pensavano che la cura ai malati dovesse essere solo ospedaliera o anche extraospedaliera. Loro mi dicevano: sì, dovrebbe essere anche extraospedaliera, ma per il momento non siamo ancora organizzati. Il problema è che non saranno mai organizzati perché l'assistenza extraospedaliera è un'assistenza molto più difficile da fare: bisogna creare un'organizzazione nuova. La politica di settore di cui Robert Castel ha parlato lungamente è una situazione che crea poco lucro e che ha bisogno di molti operatori, quindi l'assistenza privata perderebbe in termini di guadagno e non avrebbe alcun interesse.

Sto facendo un'analisi così particolareggiata della situazione perché penso sia importante discutere su dati di fatto, su situazioni reali. L'insufficienza dell'assistenza è la preoccupazione di moltissimi paesi nel mondo e, per esempio, sempre Castel (1) parlava l'altra sera del problema negli Stati Uniti. Io non voglio ripetere il discorso anche perché penso che gli Stati Uniti sono, come organizzazione capitalistica, molto distanti dalla situazione brasiliana. Però gli Stati Uniti hanno realizzato una cosa che poi è stata esportata anche in altri paesi. Hanno chiuso il manicomio pubblico perché non serviva più a niente se non a sprecare denaro, cioè non aveva più senso, sia perché non era più uno strumento sufficiente di controllo sociale sia perché produceva una spesa troppo grande.

Negli Stati Uniti i manicomi sono finanziati dai vari Stati, come qui in Brasile, e la legge Kennedy del 1963, di cui parlava appunto Castel, ha decretato la costituzione, a spese del governo federale, dei "Centri di salute mentale". Bene, Castel nella sua esposizione ci ha detto che i centri che si diffusero negli Stati Uniti furono un fallimento, nel senso che non risposero alla speranza di garantire in altro modo il controllo sociale della problematica psichiatrica. Allora si creò una rete diversa, sostanzialmente privata, per coprire queste mancanze. Non voglio dilungarmi di più sugli Stati Uniti ma ho voluto accennare a questo disegno perché penso che sia un po' il futuro di molti paesi. Gli Stati Uniti hanno dunque pensato che i manicomi non servono, ma è interessante notare come in questa loro visione, diciamo così, "reazionaria" le cose siano viste come può vederle un paese che ha un orientamento, diciamo così, "progressista". Infatti in America si sono chiusi vari ospedali psichiatrici ed è interessante vedere come i primi furono chiusi negli Stati più reazionari, California e Alabama. La logica era questa: in una città come Los Angeles, per esempio, o New York, con milioni di abitanti, diecimila alienati in più o in meno non mutano la situazione. Così una parte degli internati sono stati messi in strada dove il controllo sociale veniva fatto spontaneamente, perché la miseria è il controllo sociale migliore, la terapia psichiatrica migliore. Lo abbiamo visto a Barbacena dove non occorre dare medicine o fare elettroshock, basta reprimere la gente attraverso la miseria e giustificarla come terapia psichiatrica. Ma un paese molto potente non ha bisogno di

giustificare niente, fa. Una volta deciso di chiuderli, gli ospedali psichiatrici sono stati chiusi, i vecchi mandati negli ospizi per vecchi, i bambini negli ospizi per bambini e gli adulti per strada. In altre parole, queste persone sono state abbandonate.

Negli Stati Uniti è successo dunque l'inverso di quello che è stato, in Italia, il nostro intendimento, cioè chiudere i manicomi per salvaguardare e difendere le persone internate. Si potrebbe dire che quello che in America è venuto "da destra" da noi è venuto "da sinistra", ed è quello di cui stiamo discutendo qui. Noi vogliamo chiudere Barbacena non perché costa troppo, ma per dare un'alternativa di cura alle persone che sono internate a Barbacena. Non per buttarle per la strada, ma per dare un significato reale alla nostra azione pratica di difesa dei diritti umani del malato. La logica dell'impresario privato la ritroviamo invece negli Stati Uniti, dove si dice "chi non lavora non mangia", e allora benissimo, se l'ospedale psichiatrico non rende si chiude. Noi al contrario vogliamo chiudere il manicomio perché questo calpesta i diritti umani del cittadino, e chiediamo di creare una rete assistenziale nuova, una rete che sia vicina ai bisogni della persona che sta male, una rete che sia vicina alla casa di chi sta male. La possibilità di avere, nel luogo dove vivo, qualcuno che mi aiuti, non un medico con la logica del medico, non un medico che medicalizzi il mio disturbo, non un medico che mi sfrutti ma una persona che risponda ai miei bisogni, che prevenga la mia malattia, che mi mantenga in salute: questo pretendo da uno Stato che vuol dirsi democratico. E allora direi che l'alternativa è quella di creare, a spese dello Stato, una rete assistenziale che risponda a questi bisogni.

Naturalmente queste sono cose molto grosse e non si possono risolvere così, in una chiacchierata mattutina, ma penso che dovremmo portare all'interno di questa logica un'etica politica che non c'è mai stata, perché solo così il concorso popolare e una nuova organizzazione sanitaria potranno essere efficaci.

Non so se sono stato efficace nel corso che ho tenuto in questi giorni. Ora siamo alla fine, e c'è sempre una grande tristezza, la tristezza di lasciarci per la seconda volta (2). Io spero che non sia l'ultima volta che ci vediamo. In ogni modo faccio tutti gli auguri perché possiate affrontare il problema in modo più reale e più politico, perché non credo di potervi aiutare ma penso che siate voi a dover trovare al vostro interno la forza di rompere questo cerchio infernale di omertà e di complicità. Vorrei aggiungere un'ultima cosa: in Italia la legge sull'internamento psichiatrico era del 1904 ed è stata abolita un anno e mezzo fa. Da quando era nata gli psichiatri volevano abolirla e in ogni congresso gridavano contro questa legge, ma poi tornavano in manicomio e continuavano a fare i torturatori. Io penso che, perché questo grido abbia un senso, occorre che qualcuno stimoli gli psichiatri ad agire praticamente, ed è per questa ragione che per il mio corso ho scelto questo titolo: "Psichiatria e partecipazione popolare". Senza la partecipazione della gente lo psichiatra avrà sempre la gratificazione di parlarsi addosso e quindi non sortirà nessuna conseguenza perché le parole sono parole e i fatti sono fatti; parlare e agire sono due cose molto diverse. E' meglio fare e non parlare.

DOMANDA: Vorrei dire qualcosa sul film di Barbacena e sul perché ieri sera ho rifiutato il ruolo di eroe. Davvero questo film è stato fatto con sacrificio da diverse persone, esistono diversi eroi anonimi in questa storia, ma ciò che è più importante è che l'assistenza psichiatrica non rimanga ristretta al tecnico e agli eroi. Gli eroi, come sappiamo, fanno fini tragiche, e la rivoluzione dei minatori ce l'ha già dimostrato. Crediamo quindi che gli eroi siamo tutti noi nella misura in cui lottiamo insieme, fianco a fianco, con lo stesso scopo e uniti per una stessa idea: la fine dei manicomi. Questo non solo per i tecnici. Tutte le persone devono essere coinvolte, il popolo, i lavoratori, per esercitare il potere democratico di spingere le istituzioni a produrre norme nuove affinché noi possiamo intervenire in questa politica assistenziale.

RISPOSTA: Dato che ha parlato Antonio (Soares Simone), io vorrei ricordare una cosa che Antonio ha detto ieri sera e che è un insegnamento democratico. A proposito di un riconoscimento che gli è stato fatto ha detto che l'eroe non è lui, ma tutti noi. Io lo ringrazio ancora per avermi insegnato, qui a Minas Gerais, una cosa molto importante.

D: Credo che lei abbia portato una visione nuova su come dobbiamo lottare per cambiare questa situazione, per trasformare questo personale medico che abbiamo qui, che è il primo responsabile di questa situazione. Infatti se gli ospedali sono pieni è perché qualche medico ha mandato lì i malati. Tutti i farmaci psichiatrici vengono usati male perché lo psichiatra non li ha prescritti bene. Se gli ospedali sono pieni di casi sociali è perché il medico non è stato capace di capire il giorno seguente che quello non era un caso psichiatrico. Ho qui un documento di un gruppo di infermiere che dicono di essere stanche di venir considerate carceriere, e rimangono tutto il giorno in ospedale, mentre il medico rimane cinque, dieci minuti con i pazienti. Il tempo in ambulatorio è molto poco. quattro ore per dieci pazienti, ma il medico riduce questo tempo a un'ora e mezzo o due. Credo che il problema sia quindi come cambiare la testa di questi psichiatri e privarli di tutti questi privilegi.

R: Ebbene, pur essendo d'accordo con tutto quello che è avvenuto nel congresso, ho notato due grandi assenti nel dibattito: da un lato gli internati, e questo, direi, è abbastanza comprensibile data la situazione attuale; ma dall'altro, e questo è più grave, ho notato l'assenza degli infermieri. Non so se ce ne siano, ma ho l'impressione che gli infermieri stiano in ospedale perché non possono lasciare il loro posto di lavoro avendo un contratto ferreo e non avendo il privilegio dei medici che possono andare ai congressi. Inoltre gli infermieri hanno difficoltà a verbalizzare, quindi il medico dice che qui rappresenta anche l'infermiere mentre non è vero perché l'infermiere continua a essere la persona che resta dentro all'ospedale. Io aspettavo questa domanda perché per me la figura dell'infermiere, cioè dell'operatore a livello più basso del medico, è essenziale al discorso del cambiamento. Io penso che noi dobbiamo puntare sulla trasformazione dell'infermiere, e anche del medico, ma come fare? Io avrei delle proposte che vengono dalla mia pratica.

Primo, il medico. Secondo me, per il medico ci sono due problemi da affrontare: uno è quello della formazione, l'altro è il problema del lavoro del medico già formato. Prima di tutto mi pare che il discorso sia a monte e sia un discorso sull'università. L'università deve cambiare profondamente, perché se nello studio della medicina noi non portiamo l'aspetto sociale creeremo sempre dei medici che sono totalmente al servizio del denaro e che vedono solo nel guadagno il significato del loro lavoro. Bisognerebbe che lo studente, mentre studia all'università, andasse sul campo, vedesse la gente non nell'ospedale ma nella più ampia società, vedesse come sorge la malattia, come le fabbriche distruggono l'uomo, come la famiglia è fonte di contrasti, di contraddizioni assurde, come il tempo libero è un momento di alienazione della persona. Questo è il vero significato della formazione del medico, oltre il sapere quante vertebre abbiamo, quanti polmoni abbiamo, quanti cuori abbiamo. E' dalla situazione iniziale che dobbiamo cominciare il lavoro per una formazione diversa, anche della popolazione, in riferimento al problema sanitario.

Per il medico già formato è invece necessario che incominci a trasformare la sua istituzione e cominci a vedere i meccanismi di oppressione sociale che esistono nell'ospedale; allora comincerà a capire anche cos'è il problema del profitto e del potere come elementi di repressione del malato.

L'infermiere, al contrario, deve cominciare a capire che lui stesso è elemento di repressione violenta e di tortura, che lui pure è nelle mani del direttore dell'ospedale, il quale, nel momento in cui lo usa come repressore del paziente, divide la classe proletaria, perché malato e infermiere appartengono alla stessa classe. Così si riesce a controllare l'ospedale, facendo diventare l'uno torturatore dell'altro. Questo è il meccanismo che vediamo sempre usato dai padroni; lo ritroviamo in fabbrica, dove il capo squadra controlla il suo compagno, uno contro l'altro; è la logica della divisione del lavoro che conosciamo benissimo, attraverso la quale si domina la classe sottomessa. Questo è l'addestramento del personale: non è insegnare nuove tecniche perché le nuove tecniche sono sempre le vecchie tecniche di oppressione. Cosa possiamo insegnare agli infermieri di Barbacena se non a distruggere Barbacena? Mostrare che l'infermiere è il torturatore dell'altro. Dì al medico che deve cambiare il registro della propria vita: questa è la risposta che ti do.

D: Io sono un'infermiera professionale e vorrei chiarire che in quel documento che si è citato si dice che siamo stanchi di riempire carte burocratiche e che siamo stanchi di prendere pazienti, legarli,

dare sedativi, quando in realtà questa è una cosa che ci fa male, ci tortura direttamente. Sapete per esempio che come professionisti della salute voi avete tutti assistenza psicologica perché dovete sentirvi, come noi, torturati dalle torture che provocate. Noi non abbiamo questa assistenza. Anche gli "atendentes", che sono persone di un livello socio-economico basso, con molti problemi sociali privati, anche loro convivono con la miseria, con la disgrazia, con la tortura, con la sofferenza dei malati di mente e non hanno la minima assistenza. Io non so, ma se esiste un ospedale che riesce a fare una riunione settimanale, mensile, perché queste persone possano liberare un poco le tensioni che stanno vivendo in relazione con i malati, io penso che questo ospedale meriti i complimenti, ma io non ne conosco nessuno.

Un'altra cosa di cui vorrei parlare è questa: Basaglia ha detto che siamo assenti, e lo siamo davvero. Ma lo siamo perché non è stato mai possibile che noi fossimo presenti, non ci è mai stato permesso di essere presenti, né ci hanno coinvolto, neppure qui, perché questo corso era troppo caro per noi. Invece noi vorremmo parlare, abbiamo tante cose da dire, perché chi sta a Barbacena siamo noi, chi sopporta il carico delle cose siamo noi, e se l'"atendente" soffre molto nella relazione con il paziente soffriamo molto anche noi, perché noi sentiamo che la nostra formazione professionale è assolutamente devastata. Non è possibile fare niente, assolutamente niente, tutto è proibito. Se si vuole fare qualcosa ci dicono: questo non è compito suo, questo è dell'assistente sociale, quest'altro è dello psichiatra. Siamo veramente accerchiati dai compiti burocratici, e non possiamo fare niente anche se sappiamo che abbiamo molto da dare ai pazienti, perlomeno, come esseri umani, la relazione di appoggio che uno può dare a un altro, perché non c'è bisogno di nessun titolo di dottore in medicina né di essere psicologo né di essere assistente sociale per stare vicino a una persona.

R: Io ringrazio la signorina a nome di tutti e faccio una proposta: che nella mozione conclusiva il congresso faccia un'autocritica nella quale si pone in evidenza quanto lei ha appena detto, e che si includano nella mozione delle cose da suggerire a proposito degli infermieri e degli "atendentes", perché il problema degli infermieri non è un problema brasiliano, è un problema internazionale. Ogni congresso di medicina è un congresso di medici, la medicina non è un problema anche degli infermieri. Gli infermieri devono restare in ospedale a legare i malati, a dare le pillole in modo che i medici possano parlare le loro belle parole, fare demagogia e populismo e alla fine le cose non cambiano, perché non ci sono i veri attori della medicina che sono gli infermieri. Con questo non voglio fare anch'io del populismo, dico cose reali perché faccio riferimento all'esperienza che abbiamo fatto in questi anni in Italia.

La cosa più difficile nella trasformazione dell'ospedale è stata, all'inizio, sempre l'opposizione degli infermieri, i quali non capivano perché dovevano cambiare. La loro posizione di guardiani era più semplice di quella della persona che prende una via di trasformazione, anche perché la paura dell'infermiere è molto più grande della paura del medico: se il medico è licenziato trova un altro lavoro perché fa il medico libero; se l'infermiere è licenziato perché è ribelle resta una persona che non ha più lavoro. Questa è la differenza fra il proletario e il borghese, e quindi la resistenza dell'infermiere al cambio è la paura di perdere il lavoro, il che è comprensibile e dobbiamo capire tutto questo e fare in modo che il cambiamento sia corale, sia di tutti, perché soltanto nell'organizzazione e nella forza l'infermiere troverà il modo e la volontà del cambiamento, perché è un cambiamento di tutti, perché troverà l'unione col malato non come "malato" ma come persona che appartiene alla sua stessa classe oppressa. E allora è evidente che, via via che parliamo dei problemi, la medicina e la psichiatria svaniscono e vediamo che l'assistenza psichiatrica e sanitaria è un problema eminentemente politico.

Quando lei diceva che l'infermiere non può fare certe cose, perché le devono fare l'assistente sociale o il medico, è evidente che questo tipo di organizzazione, di divisione del lavoro sia la distruzione dell'assistenza sanitaria. Lei è giovane ma penso che lavori da molto tempo nell'ospedale; penso che potrebbe fare tutto quello che fa un medico. Il medico fa delle cose molto banali che potrebbe fare l'infermiere più umile; ma il medico ha la possibilità - che gli viene dal suo ruolo - di esercitare un potere che l'infermiere non può esercitare. La differenza non è il sapere, perché quello che sa il medico lo sa anche l'infermiere: non è altro che la possibilità di apprendere delle cose nel tempo. La

differenza fra i due è soprattutto una differenza di potere. E allora quello a cui noi dobbiamo tendere è molto difficile: è l'intercambiabilità dei ruoli. Io per esempio mi sono trovato molte volte, pur nel ruolo di medico e di direttore, a fare l'infermiere.

Fare l'infermiere cosa vuol dire? Perché si chiama "atendente"? "Atender" vuol dire "occuparsi di", "essere con", "avere cura di". Ecco, questo vuol dire essere infermiere, essere "atendente"; e "atendente" dovrebbe essere il nome che hanno tutti i sanitari. Invece c'è sempre questo ruolo di potere che crea una confusione nel malato stesso che a un certo punto non sa più a chi rivolgersi e vede il medico come la persona che gli dà la salute, quando invece in realtà chi lo attende è l'infermiere che sta con lui. E' questa intercambiabilità dei ruoli che può dare veramente significato all'alternativa reale, perché una logica verticale porterà sempre alla distruzione della situazione sanitaria. Il problema è che occorre invece un'organizzazione orizzontale, naturalmente mantenendo i ruoli diversi ma in modo che il punto, la cultura di riferimento sia sempre quella di un passaggio di sapere e non un passaggio di potere. Io, dico la verità, non so cosa faccio. Cioè io dirigo, e questo è potere; ma di fronte alla persona che sta male, che soffre io non so che differenza passa fra lei e me. Forse lei è molto più utile di quanto posso essere io. Questa è, mi pare, la situazione fondamentale e mi pare che questo sia un punto da mettere in evidenza: il problema è che lei deve esprimere la propria soggettività come io devo esprimere la mia per essere utile al paziente. E allora, per concludere, io proporrei ancora agli organizzatori del convegno che nella mozione finale ci sia questa autocritica perché è vero che poteva esserci anche il problema cui ha accennato lei, che il corso era troppo caro e perciò non era aperto a tutti gli "atendentes" dato che non potevano pagare. Io penso che nel congresso possono esserci stati molti errori ma in una organizzazione che è ancora bambina, e che non ha nessuno che la educi, ci sono sempre errori. E meno male che questa organizzazione non ha un padre perché sarebbe stato certamente un padre castratore...

NOTE.

(1). All'epoca di questo viaggio in Brasile Robert Castel aveva appena pubblicato un voluminoso studio sugli Stati Uniti che costituisce tutt'oggi una delle analisi più complete e acute sui processi di "decarceration" dalle istituzioni psichiatriche e sui loro esiti di abbandono dei malati e di nuova istituzionalizzazione nella galassia delle piccole e grandi istituzioni private sia mediche che assistenziali (Castel R., Castel F., Lovell A., "La société psychiatrique avancée. Le modèle américain", Grasset, Paris 1979).

(2). Basaglia era stato a Belo Horizonte pochi mesi prima, nel luglio 1979.

POSTFAZIONE.

I MOVIMENTI PER LA SALUTE MENTALE IN BRASILE DAGLI ANNI OTTANTA.

"Caminantes no hay camino

Se hace camino al andar".

ANTONIO MACHADO

Le "Conferenze brasiliane" riuniscono i principali dibattiti tenuti da Franco Basaglia durante la sua permanenza in Brasile nel 1979. Esse si inseriscono nel contesto singolare della società brasiliana, in un momento in cui movimenti diversi diffusi nel paese avevano avviato un processo di lotta per la democrazia.

Fin dagli ultimi anni Settanta si era infatti costituito il Movimento dos trabalhadores em saúde mental (Movimento dei lavoratori della salute mentale), così che agli incontri con Basaglia parteciparono operatori della sanità e della salute mentale, ma anche studenti, giovani operatori, sindacalisti, politici militanti, cittadini in qualche modo motivati: il rifiuto dell'oppressione,

dell'autoritarismo, la volontà di emancipazione, la denuncia della violenza, la difesa dei diritti che ci animavano erano il nucleo centrale delle "Conferenze" che furono per noi la scoperta di Franco Basaglia.

Difficile qualunque tentativo di sintetizzare quanto Basaglia ci ha trasmesso, insegnato, comunicato: la necessità e la possibilità concreta di superare il manicomio, la negazione pratica dell'oggettivazione e dell'esclusione dell'uomo, l'utopia della trasformazione della realtà sono alcune delle ricchezze trasmesseci in quei giorni. Le "Conferenze" influenzarono infatti profondamente i "caminantes" e i percorsi nel progetto di cambio delle istituzioni psichiatriche brasiliane, aprendoci un nuovo orizzonte etico, scientifico, pratico, culturale e politico.

Da allora il vivace dialogo proseguì per diverse vie, prima e dopo la morte di Basaglia: l'incontro con l'esperienza italiana si moltiplicò negli anni successivi tanto che realtà e dimensioni diverse compongono ora la memoria collettiva e l'azione presente, rendendo difficile cogliere in forma sintetica e univoca - nel contesto della riforma psichiatrica in corso in Brasile - il significato che hanno avuto per noi il pensiero e la pratica di Basaglia. Per capire la forza di quello che è stato un punto di riferimento costante, occorre, dunque, addentrarci in alcuni dei principali sentieri tracciati in questi ultimi vent'anni di storia del nostro progetto di cambiamento.

Alla fine degli anni Settanta le lotte per la costruzione di uno Stato di diritto avevano preso vie diverse: il Movimento nacional pela amnistia (Movimento nazionale per l'amnistia), gli storici scioperi dei lavoratori, la riorganizzazione dei partiti, il movimento contro la carestia, le rivendicazioni di cambiamenti nella sanità creavano possibilità eccezionali nella vita sociale. Inoltre, l'emergere dei movimenti popolari ridimensionava l'azione politica tradizionale: il protagonismo di nuovi attori sociali, inserendo l'esperienza del quotidiano negli spazi pubblici, produceva discorsi innovatori, spazi politici diversi, nuove pratiche di esercizio della cittadinanza (1).

L'intenso movimento per la democratizzazione della sanità incominciò ad affrontare tematiche riguardanti le concezioni teoriche e pratiche dei servizi di sanità, ma anche quelle concernenti la salute come diritto e i suoi rapporti con l'organizzazione sociale. Furono costituiti il CEBES, Centro brasileiro de estudos de saúde (Centro brasiliano per gli studi della salute) e il Movimento de renovação médica (Movimento per il rinnovamento medico) con l'obiettivo di potenziare e di articolare il pensiero critico, le nuove esperienze e i percorsi di lotta per la riforma sanitaria. Nel CEBES furono creati Comissoes de saúde mental (Commissioni di salute mentale) in varie regioni, in particolare a Rio de Janeiro, Bahia, San Paolo e Minas Gerais, diffondendo la discussione. Su iniziativa di diversi gruppi di operatori furono organizzati nuclei di riflessione sulle condizioni dell'assistenza psichiatrica. Iniziative queste che consentirono di realizzare il primo convegno dei lavoratori del settore, durante il Congresso brasileiro de psiquiatria (Congresso brasiliano di psichiatria) del 1978, che si trasformò in un evento politico, rompendo il tecnicismo dei congressi precedenti. Il dibattito suscitato dalle denunce sulle condizioni dell'assistenza psichiatrica ebbe infatti ripercussioni in vari settori, andando oltre i limiti del campo della salute. In questo periodo si moltiplicarono le iniziative in diverse regioni che insieme hanno costruito il Movimento dos trabalhadores em saúde mental, principale attore dei progetti di trasformazione dell'istituzione psichiatrica.

Negli anni Settanta, l'assistenza psichiatrica in Brasile era basata quasi esclusivamente su strutture asilari, pubbliche ma soprattutto private, e su una diffusa cultura psicoanalitica per i più abbienti. In assoluta mancanza di risorse tecniche e materiali, era molto comune, sia negli ospedali pubblici che nei privati, quello che veniva chiamato "leito-chao" ("letto a terra"), eufemismo per rendere ufficiale il ricovero di un numero di persone senza disporre dei posti letto corrispondenti. Benché i dati numerici non possano rivelare la violenza cui erano sottoposti i soggetti ricoverati, essi contribuiscono a dimostrare la gravità della situazione: tra il 1973 e il 1976, il numero dei ricoveri in psichiatria aumentò del 350 per cento circa. Dati del ministero della Sanità per il 1977 attestavano che, sul totale di spese per l'assistenza psichiatrica, il 96 per cento fu destinato alla rete ospedaliera e solo il 4 per cento a servizi extraospedalieri (che si traducevano in pochi servizi ambulatoriali). Anche i tecnici dello Stato ammisero che in quell'anno avvennero circa 195 mila

ricoveri che, secondo i loro criteri, non erano necessari. La grande maggioranza dei posti letto ospedalieri nel settore psichiatrico era privata ma convenzionata con lo Stato o con le mutue. Tra il 1965 e il 1979 il numero degli ospedali psichiatrici fu praticamente triplicato (2), tanto che negli anni successivi il totale dei posti letto psichiatrici nel paese raggiunse i 120 mila. Oggi, secondo dati del ministero della Sanità riferiti al 1997, i posti letto psichiatrici sono in totale 62.514 distribuiti in 256 ospedali psichiatrici per la gran maggioranza privati (211 ospedali privati contro 45 pubblici e 49.235 letti privati contro 12.881 pubblici).

Le diverse iniziative del Movimento dos trabalhadores em saúde mental degli ultimi anni Settanta erano soprattutto animate dalla difesa dei diritti umani, da analisi critiche della situazione sanitaria, dalle esperienze di riforma psichiatrica effettuate negli Stati Uniti e in alcuni paesi europei e, soprattutto, dalla pratica quotidiana nelle istituzioni, dove si era avviato un processo di cambiamento chiamato "Riforma psichiatrica". Il primo momento di tale processo, ancora totalmente all'interno dell'area tecnica, denunciò la violazione dei diritti umani nei manicomi, la cronicizzazione, l'esclusione e la discriminazione dei soggetti con disturbi psichici. Alle critiche sull'inefficacia dell'ospedale psichiatrico si aggiungeva la denuncia della mercificazione della salute. Condividendo le idee e le mobilitazioni intense che segnarono quegli anni, il Movimento cercò di rompere i legami del corporativismo: scene sconvolgenti dei grandi manicomi brasiliani, come Juqueri (San Paolo), Colonia Juliano Moreira (Rio de Janeiro) e Barbacena (Minas Gerais), cominciarono a uscire dai muri istituzionali per essere presentate alla società civile.

Tutto questo si inseriva nel clima di "grande insoddisfazione popolare rispetto alla politica sanitaria degli anni della dittatura, visibile sin dal 1974-1975. I movimenti di contestazione nel campo della salute aumentarono talmente in numero e intensità che, fra la fine degli anni Settanta e l'inizio degli anni Ottanta, sindacati e partiti iniziarono un periodo di agitazione, centrato sulla questione della salute e della politica di salute". I servizi sanitari insomma diventarono il centro della crisi del modello di politica sociale, e " la crisi delle politiche sociali fu identificata con la crisi del regime" (3).

La presenza di Basaglia in Brasile nel 1978 e 1979 si inserì in questo contesto. Nel 1978 fu invitato a partecipare al "I Congresso brasileiro de psicanálise de grupos e instituições" (Primo Congresso brasiliano di psicoanalisi di gruppi e istituzioni) svoltosi a Rio de Janeiro. Riunendo diversi esponenti del pensiero critico - a fianco di Basaglia c'erano Robert Castel, Erving Goffman, Felix Guattari e altri, tale evento potenziò la discussione dei diversi approcci alla follia in rapporto con i saperi, le istituzioni, la cultura e i processi sociali. Questo spazio permise pure l'incontro con la "Rete di alternative alla psichiatria"; il "Réseau", come era allora conosciuto, che ebbe importanza significativa nella storia dei progetti di trasformazione.

La presenza di Basaglia aprì però un campo di riflessione totalmente nuovo: ci indicava una via che, per la prima volta, non era solo quella della modernizzazione o dell'aggiornamento in psichiatria. L'analisi dell'istituzione psichiatrica e dei suoi rapporti con lo Stato, il significato e la funzione del manicomio, la comprensione della follia all'interno delle contraddizioni della vita, il senso della "legge 180", da poco approvata in Italia, produssero una rottura con i riferimenti dominanti. I temi proposti da Basaglia invitavano a pensare in modo innovatore l'istituzione psichiatrica, a inventare forme diverse per rapportarsi con l'esperienza dei soggetti con disturbi psichici. La necessità del superamento del manicomio produceva un profondo cambio di ottica, visibile anche dai titoli di giornale (4).

L'intensità di queste proposte, le polemiche che ne risultarono, l'intravedere altre vie per i saperi e le pratiche psichiatriche richiesero nuovi incontri. Fu infatti soprattutto con lo svolgimento delle "Conferenze" del 1979 che le idee e le pratiche di Basaglia vennero conosciute e diffuse. La sua presenza, questa volta organizzata dalla Associação mineira de psiquiatria (Associazione di psichiatria di Minas Gerais), dall'Instituto de psiquiatria social (San Paolo) e dalla Sociedade de psicodrama (San Paolo), rese possibili diversi incontri a San Paolo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, ma anche visite a vari manicomi, istituzioni e sindacati. Le "Conferenze", pubblicate nello stesso anno (5), furono il primo testo di Basaglia pubblicato in Brasile e favorirono l'allargamento e l'arricchimento del campo delle discussioni.

E' impossibile tradurre l'intensità vissuta in quei giorni. Nelle aule strapiene, Basaglia impressionava per la potenza della sua pratica, per la sua vitalità, la vivacità del suo pensiero non codificato, la capacità di ascoltare e di discutere, la disponibilità a recarsi nei luoghi più lontani. La fase politica che si attraversava allora si esprimeva nella forte voglia dei partecipanti di essere attori dei processi di trasformazione, nell'effervescenza delle idee, nell'esplicitazione del desiderio e dell'impegno verso una giustizia sociale. La singolarità di questa condizione fu intensificata dall'atteggiamento di Basaglia, che trasformava gli spazi delle conferenze in incontri reali, ricchi di scambi, luoghi collettivi per pensare la complessità del reale e cercare nuove vie per superarlo. Basaglia sorprende nelle innumerevoli occasioni in cui gli fu chiesto come affrontare le questioni specifiche della realtà brasiliana: si rifiutava di presentare soluzioni a priori, invitava le persone a riflettere e, allo stesso tempo, partecipava direttamente a questo processo di riflessione. Quando il dibattito si presentava sotto forma di dilemma o quando era marcato da un pensiero determinista, Basaglia reagiva con rigore e semplicità, cercando di ricostruire il campo dell'analisi attraverso la dialettizzazione delle posizioni. Invitava ad agire per la trasformazione delle istituzioni, per la produzione di diritti, per l'incontro con i soggetti, per la lotta contro la violenza istituzionalizzata: pratiche di trasformazione che potevano dare senso reale alle parole.

Le interviste di Basaglia alla stampa, che denunciavano la violenza del manicomio di Barbacena ebbero ripercussione nazionale. La discussione intensificò le azioni in corso in quella regione, avviando un processo che coinvolgeva varie istituzioni, sindacati e movimenti della società civile. Fra le diverse iniziative di quel periodo sono da ricordare la pubblicazione, nel principale giornale della regione, della serie di servizi, che ricevettero poi un premio, del reporter Hiran Firmino sul manicomio di Barbacena (6), e il documentario del cineasta Helvécio Ratton (7), uno dei primi fatti in Brasile sulla violenza del manicomio e sul suo significato sociale. Il dibattito sulla follia e le istituzioni psichiatriche rompeva i limiti dei muri dei manicomi per uscire nella comunità: la questione psichiatrica diventava una questione sociale e politica.

Le conferenze produssero dunque una rottura nel modo di pensare l'istituzione psichiatrica, configurando un riferimento fondamentale nel nostro progetto di cambiamento.

Gli incontri di quelle giornate invitarono infatti vari "caminantes" ad accettare la sfida della ricerca di nuovi itinerari, misero in moto nuovi percorsi, spingendo giovani operatori ad andare a conoscere direttamente l'esperienza di Trieste, accettando l'invito di Basaglia che sollecitava "venite a vedere". Occorreva imparare, capire attraverso la pratica come si riusciva a superare il manicomio, vivere l'esperienza, convivere nella città con i "nuovi soggetti di diritti". Da quel momento, ebbe inizio un forte movimento, che continua tuttora, di operatori, studenti e ricercatori brasiliani, attraverso un collegamento continuo con i servizi di salute mentale di Trieste e di Imola e col gruppo di Mario Tommasini a Parma.

Negli anni successivi, le traiettorie della riforma psichiatrica in Brasile non seguirono un cammino lineare. L'analisi di questo percorso mostra infatti la presenza di processi diversi, che segnalano le possibilità politico-istituzionali e i diversi riferimenti teorici che orientarono i progetti di trasformazione. Le contraddizioni delle esperienze che si ponevano come alternative al modello classico divennero sempre più evidenti, e si iniziò la critica all'ideologia della "prevenzione comunitaria", fino ad allora principale riferimento teorico delle riforme. Questo modello si scontrava con i propri limiti: il manicomio restava centro dell'assistenza e modello culturale; alcuni ospedali psichiatrici si riorganizzavano sulla logica del "revolving-door" ma i servizi extraospedalieri - salvo poche significative esperienze - erano fragili e frammentari.

Verso la metà degli anni Ottanta alcuni gruppi che partecipavano al Movimento dos trabalhadores em saúde mental diedero nuovi orientamenti al dibattito. La presenza inalterata dei manicomi a livello nazionale fu posta in discussione e la critica del modello manicomial non restò soltanto all'interno del discorso tecnico ma si collocò nell'insieme delle questioni sociali, avendo come filo conduttore l'esclusione e la cittadinanza. Seguirono discussioni sull'ideologia della prevenzione comunitaria, segnalando l'equivoco dell'analisi secondo la quale il superamento del paradigma manicomial potesse avvenire dal territorio, mediante la creazione e l'espansione dei servizi extraospedalieri. Furono formulati nuovi presupposti quali l'affermazione dei diritti di cittadinanza

delle persone con sofferenza psichica, il superamento del manicomio e l'alleanza con i movimenti sociali di critica alla esclusione e alla disuguaglianza sociale. Come progetto minoritario portato avanti da piccoli gruppi, sfide diverse segnarono quegli anni nello sforzo di diffondere tali idee nelle istituzioni, per moltiplicare le reti di contatto, per creare articolazioni politiche. Tra le iniziative svolte prese spicco la realizzazione, nel 1984, del "Tribunale Franco Basaglia", organizzato dal gruppo brasiliano della "Rete di alternative alla psichiatria", che sin dall'incontro del 1978 fu uno dei poli di articolazione del Movimento dos trabalhadores em saúde mental. A quell'evento parteciparono varie categorie di operatori della salute, sindacati e gruppi di difesa dei diritti umani. Il Tribunale, messa in scena teatrale, riaffermò la critica del manicomio e la necessità di superarlo. Inoltre la pubblicazione, nel 1985, della traduzione del libro "L'istituzione negata" (8) rese possibile la divulgazione dell'esperienza di Gorizia, intensificando le discussioni in corso.

Nel 1986, l'incontro della "Rete di alternative alla psichiatria" svoltosi in Argentina fu un evento fondamentale per discutere i progetti di trasformazione in corso, in particolare nei paesi sudamericani, analizzandone i punti critici. Dopo questo evento, Franco Rotelli - succeduto a Basaglia nella direzione dei servizi psichiatrici di Trieste - fece la sua prima visita in Brasile, invitato a tenere una conferenza nel seminario promosso dal Movimento dos trabalhadores em saúde mental a San Paolo. Il seminario mirava a discutere le pratiche di trasformazione e le proposte del Movimento; era per noi un momento particolarmente difficile, dato che le esperienze si inserivano in un contesto politico ostile. Partendo dalla pratica, Rotelli ci parlava della trasformazione e del superamento del manicomio come questione etica, culturale, politica, istituzionale, scientifica; invitava alla sfida di "inventare le istituzioni", enfatizzando la singolarità e la ricchezza del capire e interagire con la complessità delle persone nei percorsi di emancipazione. Da quel momento, si intensificò l'interscambio di operatori brasiliani, soprattutto a Trieste, e l'impegno di Rotelli a seguire i diversi progetti, partecipando attivamente ai dibattiti sul progetto di legge nazionale per il superamento dei manicomi, legittimando pratiche in corso, creando situazioni di intervento nella realtà; condividendo, ascoltando, proponendo, provocando dibattiti, configurando un dialogo continuo di riferimento per il "Movimento" e per le esperienze brasiliane.

Nel 1987, si svolse la "I Conferencia nacional de saúde mental" a Rio de Janeiro, con quasi duemila partecipanti. Quel momento rappresentò la prima opportunità di confronto tra progetti diversi per l'elaborazione delle linee della politica nazionale di salute mentale. L'asse delle discussioni era centrato tra le proposte di "psichiatria preventiva" e quelle che proponevano la "decostruzione" dell'ospedale psichiatrico e la necessità di riconoscere cittadinanza a tutti. Ma fu soprattutto durante il "II Congresso nacional dos trabalhadores em saúde mental", avvenuto lo stesso anno, che tali discussioni maturarono. Il motto "Para uma sociedade sem manicômios" si affermò allora come possibilità di una utopia di trasformazione della realtà. A differenza dei movimenti precedenti, la nuova proposta non si presentava come una semplice riorganizzazione dei servizi ma indicava un rovesciamento nel modo di considerare la questione dell'istituzione psichiatrica e dei suoi rapporti con i processi sociali. La considerazione del manicomio come luogo paradigmatico dei processi di esclusione, privazione e invalidazione, e la necessità di trasformare lo statuto sociale e giuridico di non-cittadino dei soggetti con disturbi psichici diventarono una bussola di orientamento per il progetto di trasformazione.

Il movimento affermò la priorità di superare il manicomio indicando l'orizzonte di un processo pratico-critico di trasformazione delle istituzioni psichiatriche. Fu ridimensionata la discussione sul ruolo degli operatori, visti come delegati dell'ordine sociale, come legittimatori della violenza istituzionalizzata. Il Movimento dos trabalhadores em saúde mental si propose come movimento sociale e Para uma sociedade sem manicômios promosse la creazione della "Giornata nazionale della lotta antimanicomiale" (18 maggio) che da allora è stata celebrata ogni anno in molte città brasiliane, accompagnata da eventi culturali che coinvolgevano diversi settori sociali per vari giorni. La rottura epistemologica prodotta dal motto "Para uma sociedade sem manicômios" aprì un campo d'incertezze e di dubbi di estrema fertilità: la psichiatria stessa era in questione, era necessario trasformare le vecchie istituzioni, creando nuove esperienze sulla base delle diverse situazioni e dei diversi bisogni.

Il forte movimento iniziato nel decennio precedente riuscì a includere la riforma sanitaria nell'agenda nazionale. La promulgazione della costituzione del 1988, frutto di intensi movimenti di affermazione di diritti e di universalizzazione della cittadinanza, rappresentò un avanzamento fondamentale. Riconoscendo la portata e il peso delle lotte, vennero inseriti nella costituzione la tutela della salute come diritto universale e i principi di un "Sistema único de saúde" (Sistema unico di salute) decentrato, democratico ed equo. In questo modo venne configurandosi un nuovo quadro per lo sviluppo della politica nazionale della salute, avviando la costruzione di sistemi locali di salute.

Saperi e pratiche del movimento Para uma sociedade sem manicômios si diffusero, ingaggiando nuovi attori e suscitando interventi in numerosi campi. Dalla fine degli anni Ottanta furono prodotte significative innovazioni sul piano tecnico, istituzionale, politico e culturale: l'impianto di un insieme di nuove istituzioni; l'approvazione di leggi regionali e municipali orientate dal principio di superamento dei manicomi; l'allargamento del movimento sociale con il protagonismo di nuovi attori, in particolare utenti e famigliari; la costruzione di una ricca produzione teorica sono alcune delle espressioni di questo percorso che si incrociano e si potenziano. Il riferimento teorico e pratico della deistituzionalizzazione si allargava, e s'iniziava pure in quel periodo lo sviluppo di studi, ricerche, spazi di formazione, traduzioni e riflessione (9) che allargava e rafforzava il dialogo con l'esperienza italiana.

A partire dalla fine degli anni Ottanta si svilupparono alcune esperienze di superamento del paradigma manicomiale, di garanzia e (ri)costruzione dei diritti di cittadinanza delle persone con disturbi psichici, e produzione di salute mentale nei territori. Attualmente sono tanti i processi in sviluppo che diventerebbe difficile nominarli tutti. Alcune di queste esperienze furono motivate e costruite a partire dalla volontà politica degli operatori, altre si configurano come politiche pubbliche locali. Localizzate in grandi centri urbani e anche in piccoli paesi, sono inserite in contesti socioculturali e realtà sensibilmente diversi e con diversi riferimenti teorici. In questo senso, il panorama nazionale è eterogeneo sia in rapporto alle strategie adottate sia agli obiettivi e ai processi politico-istituzionali, ma hanno in comune la costruzione della "cittadinanza", la creazione di nuovi servizi e strutture e la significativa presenza di utenti e famigliari. Sono tuttavia pratiche non egemoniche, costrette ad affrontare quotidianamente l'inerte - quando non esplicitamente contraria - gestione della riforma, la necessità di cambiare il paradigma psichiatrico, il rischio di costruire servizi paralleli al manicomio e la ancor fragile cultura di cittadinanza.

Un'esperienza ci sembra particolarmente utile citare qui: quella di Santos, importante città portuale di circa 500 mila abitanti nel litorale di San Paolo.

L'esperienza prende avvio con l'intervento, nel maggio 1989, del comune di Santos nella Casa de saúde Anchieta, un ospedale psichiatrico privato convenzionato, intervento motivato da una serie di denunce: sul sovraffollamento (531 persone ricoverate con soli 280 posti letto), sull'esistenza di dodici celle di reclusione, sulla violazione dei diritti umani e la morte di ricoverati. L'allora assessore alla Sanità, David Capistrano, aprì una discussione con la cittadinanza presentando il problema come una questione etica, politica e tecnica: la questione del manicomio, sottolineava, era una questione pubblica. Qualche giorno dopo, durante la visita al manicomio a cui parteciparono istituzioni, sindacati, gruppi di difesa dei diritti umani e il "Movimento", il comune decideva il commissariamento dell'ospedale, e nominava coordinatore di salute mentale lo psichiatra Roberto Tykanori. Questa decisione del comune di Santos ebbe ripercussione nazionale visto che, per la prima volta, il potere pubblico assumeva la questione del superamento del manicomio come questione etico-politica. A partire da questo momento iniziò l'esperienza di Santos di chiusura progressiva del manicomio e della sua sostituzione con una rete territoriale di servizi, strutture di appoggio sociale, progetti di intervento culturale e molteplici azioni intersettoriali.

Fin dai primi giorni, cominciò a svolgersi un intenso lavoro quotidiano per trasformare la relazione di oggettivazione dei soggetti ricoverati, per superare le condizioni istituzionali disumane, per rompere i rapporti di violenza e coazione. Contemporaneamente, si faceva conoscere il manicomio alla città, e si ponevano in questione i valori tecnici, culturali e politici che lo sostenevano e lo legittimavano. Condividere la storia dei soggetti che si trasformavano al rientro nella città, criticare

il vecchio ordine di istituzionalizzare la diversità, riflettere collettivamente sui problemi produssero una profonda trasformazione culturale. Il manicomio Anchieta si configurò come un laboratorio, al quale si avvicinavano volontari, artisti, operatori; l'intenso movimento di quel periodo si collegava alla libertà, alla negazione dell'esclusione e, soprattutto, alla possibilità concreta di trasformare quello che sino allora si presentava come naturale e immutabile. L'isolamento cominciava a essere sostituito da un'intensa circolazione e da diverse manifestazioni che permettevano al manicomio di entrare nella città e alla città nel manicomio; si lavorava sui conflitti, sulle resistenze, sui pregiudizi, soprattutto attraverso pratiche che cercavano di rompere la costruzione ideologica che aveva associato la follia alla pericolosità, la diversità alla disuguaglianza di diritti.

I nuovi e diversi rapporti che si intrecciavano tra operatori, soggetti e famiglie, nella ricerca di rispondere ai bisogni dei ricoverati producevano l'emergere di questioni e problemi di vita delle persone, fuori dalle strette vie della clinica: spazi sociali, affetti, reti di solidarietà, case, trasformazione dei rapporti familiari, lavoro, processi e contesti di validazione. Era necessario costruire nuove istituzioni capaci di entrare nei territori, di rendere possibili i diversi progetti di vita, di affrontare i processi di esclusione sociale, di costruire concretamente i diritti di cittadinanza. L'ospedale commissariato fu dichiarato dal comune ente pubblico e furono articolati, progettati e costruiti, tra il 1989 e il 1996, i Núcleos de atenção psicossocial (Nuclei di intervento psicosociale), l'accoglienza psichiatrica nel Pronto soccorso municipale, la Unidade de reabilitação psicossocial (Unità di riabilitazione psicosociale), il Lar abrigado (Residenza) e il Centro de convivência Tam-Tam (10) (Centro di convivenza Tam-Tam).

I cinque "Nuclei di intervento psicosociale" formarono la base di tutto il sistema, componendo un mosaico di azioni che lo caratterizzavano come struttura complessa. Ogni nucleo era responsabile della domanda di salute mentale di un territorio con una media di 100 mila abitanti e aveva una équipe di 35 operatori; i nuclei, con sei letti ciascuno, funzionavano 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana e fornivano pasti. Erano stati progettati come centri di attenzione e d'incontro, spazi sociali e terapeutici; luogo di possibilità di produzione di progetti di vita, di riferimento culturale, di articolazione e costruzione delle condizioni materiali, soggettive, culturali, sociali che rendessero possibile confrontare i processi di invalidazione ed esclusione; luoghi dove era possibile attivare nuove forme di socialità, di linguaggi, di riappropriazione di storie; luoghi di produzione di autonomia, di creazione di contesti, d'invenzione di vie per vivere nella città, per trasformare il quotidiano e la qualità della vita, luoghi di produzione di senso.

La trasformazione dei rapporti con i soggetti, la vicinanza dei familiari, la necessità di difendere il processo di trasformazione, la partecipazione al movimento antimanicomiale e la volontà di creare nuovi spazi suscitarono la creazione di una associazione di utenti, familiari e operatori. Attraverso l'associazione furono realizzati innumerevoli viaggi, feste, dibattiti politici, occasioni di convivenza nella città: pratiche che cercavano di produrre e allo stesso tempo esprimevano l'arricchimento della vita e della partecipazione sociale degli utenti, dei familiari, degli operatori e dei diversi soggetti coinvolti.

Il processo si inseriva nell'insieme complesso di politiche municipali innovative, fortemente orientate verso la costruzione e la garanzia dei diritti, lo sviluppo locale e la riduzione della disuguaglianza sociale. L'intenso lavoro collettivo sviluppato in quegli anni permise la chiusura definitiva di Anchieta nel 1994 attraverso la creazione di nuovi servizi.

Ma nel 1997, il cambiamento dell'amministrazione comunale alterò profondamente le basi e le vie sino allora percorse. Tuttavia l'esperienza di Santos rappresentò e rappresenta il segno concreto che anche in Brasile è possibile il superamento del manicomio.

Parallelamente alla costruzione delle pratiche innovative, nel 1989 fu presentato dal deputato Paulo Delgado il progetto di legge federale che enunciava per la prima volta in campo legislativo la necessità di riformare la regolamentazione dell'assistenza psichiatrica ancora sottoposta al Decreto del 1934. Il progetto, che "dispone l'estinzione progressiva dei manicomi e la loro sostituzione con altre risorse e servizi assistenziali, e regola il ricovero psichiatrico obbligatorio" fu approvato dalla Camera dei deputati ed è rimasto al Senato federale fino al 1999. Benché abbia trovato difficoltà per la sua approvazione - malgrado il largo appoggio in diversi settori della società civile e nei diversi

organismi professionali - la presentazione del progetto ha avuto comunque la funzione rilevante di articolare e potenziare la discussione in tutto il paese, e di stimolare la formulazione e approvazione di leggi con analogo orientamento in vari stati - Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará, Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, nel Distrito Federal - nonché l'inclusione dei principi della riforma psichiatrica nel Codice sanitario di San Paolo. Sono stati inoltre approvati diversi progetti in ambito municipale.

Le resistenze a questo progetto erano dovute principalmente alla Federação brasileira de hospitais (Federazione brasiliana degli ospedali) - organismo nazionale degli ospedali privati, compresi gli ospedali psichiatrici -, a settori universitari conservatori e ad alcune associazioni di famigliari. In diversi momenti di questo processo, gli oppositori hanno fatto riferimento alla riforma italiana, alla legge 180, diffondendo informazioni deformate o spropositate. Furono presentati alcuni progetti di modernizzazione del settore mantenendo però inalterato il ruolo degli ospedali psichiatrici.

Dopo otto anni di discussione, nel gennaio del 1999, il Senato federale ha approvato un testo di riorientamento dell'assistenza psichiatrica. Questo testo fa fare alcuni passi avanti al modello assistenziale ma mantiene in funzione gli ospedali psichiatrici ed è ambiguo quanto al ruolo degli ospedali nel circuito assistenziale. Dato che questo testo ha modificato sostanzialmente il progetto approvato dalla Camera dei deputati, quest'ultima ha riavviato l'iter di discussione.

In ambito latino-americano, si deve ricordare la realizzazione della "Conferenza regionale per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica" promossa dalla Organización Panamericana de Salud a Caracas nel 1990. Rappresentanti del Brasile parteciparono alla Conferenza, e le sue risoluzioni, note come "Dichiarazione di Caracas", legittimarono i processi di riforma psichiatrica, indicando la necessità di superare gli ospedali psichiatrici, di creare servizi di salute mentale centrati nella comunità e di garantire i diritti di cittadinanza alle persone con disturbi psichici.

Come espressione di tutto questo percorso, nel 1992 si svolse a Brasilia la seconda "Conferência nacional de saúde mental", con circa mille partecipanti tra operatori, utenti, famigliari, dirigenti comunitari, professori universitari, ricercatori, consulenti e invitati esteri. Nella regolamentazione del Sistema unico di salute è prevista la realizzazione delle conferenze di salute in ambito federale, statale e municipale che rappresentano lo spazio di elaborazione delle direttive della politica di salute con la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti nel processo: gli utenti, gli erogatori di servizi, incluse le istituzioni di formazione. La "Seconda Conferenza" fu il risultato di innumerevoli incontri preparatori, effettuati in tutto il paese, che coinvolsero circa 20 mila persone; i temi centrali di discussione furono il superamento del modello asilare e l'affermazione dei diritti di cittadinanza. Questa conferenza registrò una larga presenza di utenti e di famigliari e condannò il manicomio dal punto di vista etico, tecnico e sociale, divenendo punto di riferimento nel periodo recente della riforma psichiatrica. In altri termini, la "Seconda Conferenza" fu il momento di inserimento delle direttive fondamentali della riforma psichiatrica nella politica nazionale di salute mentale. La legittimità politica della conferenza e l'impegno effettivo del "Coordinamento nazionale di salute mentale" permisero, per lo meno durante i primi anni di questo decennio, che venisse avviata una serie di misure con questo orientamento, fra le quali: la regolamentazione della creazione dei nuovi servizi, ovvero i Núcleos e Centros de atenção psicossocial (Nuclei e centri di attenzione psicossociale); l'avvio di procedimenti amministrativi per la regolamentazione delle condizioni degli ospedali psichiatrici; l'implementazione della Comissão nacional de reforma psiquiátrica (Commissione nazionale di riforma psichiatrica), forum ufficiale per discutere ed elaborare i principali procedimenti per lo sviluppo delle direttive della riforma.

Dai primi anni Novanta in poi apparvero dunque nuovi attori sulla scena del movimento antimanicomiale: gli stessi utenti e i loro famigliari rappresentano un ruolo diverso che va consolidandosi. Organizzandosi in associazioni di utenti e di famigliari, entrarono in scena i soggetti con le loro esperienze concrete di vita, con le loro testimonianze sulle istituzioni psichiatriche, con le loro aspettative riguardo la riforma: il dibattito oltrepassava i limiti del campo tecnico, inaugurando un nuovo dialogo e configurando il processo di trasformazione come movimento sociale. A San Paolo, nacquero diverse associazioni: "Loucos pela vida" (Pazzi per la vita); "Franco Basaglia"; "S.O.S. saúde mental"; "Franco Rotelli". A Rio de Janeiro fu creato

l'Istituto Franco Basaglia. La traccia lasciata dal pensiero e dalla pratica di Basaglia continua a essere vitale, e la scelta del suo nome simboleggia da un lato un omaggio e un ricordo ma dall'altro esprime anche la cultura che anima la creazione delle associazioni.

Durante questi anni, le associazioni e gli organismi non governativi si sono moltiplicati. Nel 1997 abbiamo fatto la commemorazione dei "10 Anos de luta antimanicomial" con diverse manifestazioni e dibattiti in varie città. Questi incontri si sono tradotti in avvenimenti importanti, significativi, e la presenza degli utenti e dei famigliari ha configurato queste occasioni come campo di apprendimento collettivo e come spazi per scambi sociali, per ridare significato alle storie, per discutere i problemi e far interagire molteplici linguaggi. Compagnie teatrali, cori, interventi nelle piazze, manifestazioni culturali hanno cercato di attraversare l'immaginario collettivo, problematizzando i concetti di sano/malato, produttivo/improduttivo, normalità/anormalità, producendo slogan come "Sono pazzo per te, cittadinanza", "Libertà sempre, anche quando tam-tam", "Da vicino nessuno è normale". Insomma, molti soggetti e molti discorsi diversi che esprimono più di quanto ogni interpretazione possa pretendere, la vitalità del processo sociale in corso. Processo incompiuto, in movimento, ricco d'innovazioni, conflittuale proprio perché implica una profonda trasformazione istituzionale, culturale e scientifica.

In campo istituzionale, anche se la creazione dei nuovi servizi è significativa, la situazione risulta comunque insufficiente tanto per quanto riguarda i bisogni, quanto la qualità del progetto di trasformazione. Il manicomio continua a essere centro e paradigma dell'assistenza e l'assenza di politiche pubbliche effettive lascia la grande maggioranza della popolazione in situazioni di assoluto abbandono. E' da sottolineare che il processo di acquisizione dei diritti è ancora fragile e i progetti di trasformazione spesso non riescono ad avere continuità. In questi anni il percorso di sviluppo del "Sistema unico di salute", come del resto di tutte le politiche sociali, rivela intense contraddizioni; ci sono esperienze molto importanti, ma la tendenza generale è di smantellamento del servizio pubblico. Certamente esiste il problema delle risorse, ma i punti centrali nel dibattito nazionale sono, soprattutto, la questione pubblica, la priorità nella destinazione di queste risorse, la salute come diritto universale e il confronto fra progetti etici, tecnici e politici diversi. La disoccupazione strutturale, lo Stato minimo, l'aumento dei processi di esclusione si presentano come un bivio etico, esigendo pratiche che esprimano la volontà di cambiamento.

Nel 1996 abbiamo avuto l'opportunità di riflettere su queste questioni con la presenza di Franca Basaglia. Nelle conferenze realizzate a Rio de Janeiro, a Santos e a Belo Horizonte abbiamo potuto discutere con lei i percorsi in Italia e in Brasile, analizzando le innovazioni, i punti critici e, in particolare, riflettere sui cambiamenti che il processo di trasformazione produce e comporta. La presenza di Franca Basaglia ha avuto un significato speciale, affettivo e intellettuale per i "caminantes" e per gli itinerari del progetto di trasformazione.

La deistituzionalizzazione comunque è interminabile, ed è un processo sociale complesso. La psichiatria continua a legittimare le istituzioni dell'esclusione, i luoghi separati e rimane staccata dalla realtà concreta del quotidiano e della vita delle persone. Dobbiamo mantenere acceso il bisogno di una nuova cultura e di nuove pratiche che riescano a comprendere e a moltiplicare l'esperienza emersa dai processi di trasformazione in corso in varie parti del mondo. Possiamo dire che il cammino e i percorsi - teorici, politici e pratici - di Franco Basaglia ci invitano soprattutto a "imparare a imparare", a negare le diverse forme di oggettivazione dell'uomo, a rifiutare l'esclusione come risposta naturale e immutabile, a cercare il superamento delle istituzioni della violenza, a rischiare l'incontro con l'altro nella complessità dell'esistenza dei soggetti e a inventare nuovi percorsi e nuove realtà. Questo straordinario invito, presente nelle Conferenze, rivela la sua costante attualità che continua ad accompagnare i "caminantes" di questi itinerari.

Fernanda Nicácio, Paulo Amarante, Denise Dias Barros.

BIBLIOGRAFIA.

AMARANTE, P., "O homen e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria", Fiocruz, Rio de Janeiro 1996.

BARROS, D., "Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste", Lemos, Sao Paulo 1994.

BASAGLIA, F., "A instituição negada", Graal, Rio de Janeiro 1985.

BASAGLIA, F., "A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática", Brazil Debates, Sao Paulo 1979.

DELGADO, J. (a cura di), "A loucura na sala de Jantar", Sao Paulo 1991.

DE MELO, C. G., "A psiquiatria no âmbito da Previdência Social", "Saúde em Debate", n. 10, 1980.

FIRMINO, H., "Nos porões da loucura", Codecri, Rio de Janeiro 1979.

LUZ, M.T., "Notas sobre as políticas de 'transição democrática' anos 80", "Physis, Revista de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro", vol. 1, 1991.

NICACIO, F. (a cura di), "Desinstitucionalização", Hucitec, Sao Paulo 1990.

ONGARO BASAGLIA, F., "Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical", Hucitec, Sao Paulo 1993.

SADER, E. "Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande San Paulo (1970-1980)", Paz e Terra, Rio de Janeiro 1993.

NOTE.

- (1) E. Sader, "Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande Sao Paulo 1970-1980", Paz e Terra, Rio de Janeiro 1988.
- (2). C. G. de Melo, apud CEBES/Comissão de Saúde Mental/RJ, "A psiquiatria no âmbito da Previdência Social", "Saúde em Debate", n. 10, 1980.
- (3). M T. Luz, "Notas sobre as políticas de 'transição democrática' anos 80", "Physis, Rev. de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro", v. 1, 1991, p.p. 77-96, 82-83.
- (4). Il quotidiano "Folha de Saio Paulo" intitolava "Che si aprano i manicomi!" l'intervista a Franco Basaglia del 22 ottobre 1978.
- (5). F Basaglia, "A psiquiatria alternativa contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática", Brazil Debates, Sao Paulo 1979.
- (6). H Firmino, "Nos porões da loucura", Codecri, Rio de Janeiro 1979.
- (7). H. Ratton, "Em nome da razão", documentario, 1979.
- (8). F Basaglia, "A instituição negada", Graal, Rio de Janeiro 1985.
- (9). Ecco alcune fra le pubblicazioni brasiliane sulla deistituzionalizzazione, sulle esperienze italiane e la produzione teorico-concettuale di Basaglia: P. Amarante, "O homen e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria", Fiocruz, Rio de Janeiro 1996; D. Barros, "Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste", Lemos, Sao Paulo 1994; J. Delgado (org.) "A loucura na sala de Jantar", Sao Paulo 1991; F. Nicacio (org.) "Desinstitucionalização", Hucitec, Sao Paulo 1990; F. Ongaro Basaglia, "Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical", Hucitec, Sao Paulo 1993.
- (10). Tam-Tam: l'espressione è utilizzata colloquialmente con il senso di pazzo ("dare i numeri"); è anche uno strumento musicale africano a percussione.

BIBLIOGRAFIA.

AUTORI VARI, "Misère de la psychiatrie", "Esprit", n. 197, 1952.

ABRAHAMS, J. J., "L'uomo al magnetofono", trad. it. L'erba voglio, Milano 1977.

ALLEG, H., "La tortura", trad. it. Einaudi, Torino 1958.

ANDERSEN, H. C., "I vestiti nuovi dell'imperatore", trad. it. in: "Fiabe", Einaudi, Torino 1954.

BASAGLIA F., "La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione", comunicazione al Primo Congresso internazionale di psichiatria sociale, Londra 1964, "Annali di Neurologia e Psichiatria", LIX, f. 1, 1965; ripubblicato in: "Scritti", vol. 1, cit.

BASAGLIA, F. (a cura di) "Che cos'è la psichiatria?", Amministrazione Provinciale di Parma, 1967; nuova edizione Baldini&Castoldi Milano 1997.

BASAGLIA, F. (a cura di) "L'istituzione negata", Einaudi, Torino 1968; nuova edizione Baldini&Castoldi, Milano 1998.

BASAGLIA, F., "Le istituzioni della violenza" in: "L'istituzione negata", cit.

BASAGLIA, F., "Appunti di psichiatria istituzionale", "Recenti progressi in medicina", XLVI, n. 5 maggio 1969; ripubblicato in: "Scritti", vol. 1, cit.

BASAGLIA, F., "Lettera da New York. Il malato artificiale", Einaudi Torino 1969; ripubblicato in: "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., "La giustizia che punisce. Appunti sull'ideologia della punizione", comunicazione all'ottavo Congresso nazionale dei Comitati d'azione per la giustizia, 1971, "Quale Giustizia", n. 9/10, maggio-agosto 1971; ripubblicato in: "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., Prefazione a MARSILI, M. L., "La marchesa e i demoni", Feltrinelli, Milano 1973, ripubblicato in: "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., "Psichiatria e giustizia. Appunti su psichiatria e criminalizzazione del bisogno", relazione al primo Convegno nazionale di psichiatria democratica, Gorizia, giugno 1974, in: "La pratica della follia", ed. Critica delle Istituzioni, Venezia 1974; ripubblicato in: "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., "L'utopia della realtà", relazione al Congrès de la Société suisse de psychiatrie, Ginevra 1973; in: FORTI, L. (a cura di) "L'altra pazzia", Feltrinelli, Milano 1975; ripubblicato in: "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., "Scritti", voll. 1-2, Einaudi, Torino 1981.

BASAGLIA, F., GIANNICCHEDDA, M. G., "Il circuito del controllo. Dal manicomio al decentramento psichiatrico", relazione al terzo Incontro del Réseau internazionale di alternativa alla psichiatria, Trieste 1977; ripubblicato in: BASAGLIA, F., "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., GIANNICCHEDDA, M. G., "Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico", relazione all'International Congress of Law and Psychiatry, Oxford 1979 ripubblicato in: BASAGLIA, F. "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., "La malattia e il suo doppio", "La rivista di servizio sociale", n. 4, 1970, ripubblicato in: BASAGLIA, F., "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., "La maggioranza deviante", Einaudi, Torino 1971; ripubblicato in: "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., "La scienza e la criminalizzazione del bisogno", in: BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F. (a cura di) "Crimini di pace", Einaudi, Torino 1975; ripubblicato in: "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., "Il tecnico del sapere pratico", in: BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F. (a cura di) "Crimini di pace", cit. ripubblicato in: BASAGLIA, F., "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F. (a cura di) "Crimini di pace", Einaudi, Torino 1975.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., Introduzione a CASTEL R., "Lo psicoanalisi", trad. it. Einaudi, Torino 1975; ripubblicato in: "Scritti", vol. 2, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., Introduzione a GOFFMAN E., "Asylums", trad. it. Einaudi, Torino 1969; ripubblicato in: BASAGLIA, F., "Scritti", vol. 2, cit.

BETTELHEIM, B., "Love Is Not Enough. The Treatment of Emotionally Disturbed Children", Free Press, New York 1955, trad. it. "L'amore non basta", Ferro, Milano 1967.

BLEULER, E., "Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie", trad. it. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.

CASTEL, R., "Le psycanalysme", Maspero, Paris 1973, trad. it. "Lo psicoanalisi", Einaudi, Torino 1975.

CASTEL, R., CASTEL, F., LOVELL, A., "La société psychiatrique avancée. Le modèle américain", Grasset, Paris 1979.

CLARK, D. H., "Social Therapy in Psychiatry", Penguin Books, London 1973, trad. it. "Psichiatria e terapia sociale", Feltrinelli, Milano 1976.

COOPER, D. (a cura di) "La dialettica della liberazione", trad. it. Einaudi, Torino 1969.

DELL'ACQUA, G., COLUCCI, M., MEZZINA, R., "La comunità possibile", in: FERRUTA, A., FORESTI, G., PEDRIALI, E., VIGORELLI, M. (a cura di) "La comunità terapeutica tra mito e realtà", Raffaello Cortina Editore, Milano 1998.

FOUCAULT, M., "Histoire de la folie à l'âge classique", Plon, Paris 1961; trad. it. "Storia della follia nell'età classica", Rizzoli, Milano 1963.

GALLIO, G., GIANNICHEDDA, M.G., DE LEONARDIS, O., MAURI, D., "La libertà è terapeutica?", Feltrinelli, Milano 1983.

GIANNICHEDDA, M. G., "Note sull'intervento della giustizia nella trasformazione del campo psichiatrico", in: GALLIO, G., GIANNICHEDDA, M. G., DE LEONARDIS, O., MAURI, D., "La libertà è terapeutica?", cit.

GOFFMAN, E., "Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates", Anchor Books, New York 1961; trad. it. "Asylums. Le istituzioni totali", Einaudi, Torino 1969.

GRAMSCI, A., "Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura", Einaudi, Torino 1949.

JONES, M., "Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities", Tavistock, London 1952.

JONES, M., "Social Psychiatry in Practice", Penguin Books, London 1968; trad. it. "Ideologia e pratica della comunità terapeutica", Etas Kompass, Milano 1970.

KRAEPELIN E., "Psychiatrie. Ein Lehrbuch", Leipzig 1903; trad. it. "Trattato di psichiatria", Vallardi, Milano 1905.

LOMBROSO, C., "La medicina legale delle alienazioni mentali studiate col metodo sperimentale", Prosperini, Padova 1865.

MARCUSE, H., "La tolleranza repressiva", trad. it. in: WOLFF, P., MOORE, J. B. JR., MARCUSE, H., "Critica della tolleranza", Einaudi, Torino 1968.

MORENO, L. J., "Who Shall Survive?", Beacon House, New York 1953, trad. it. "Principi di sociometria, di psicoterapia di gruppo e sociodramma", Etas Kompass, Milano 1964.

MURARD, L., FOURQUET, F. (a cura di) "Histoire de la psychiatrie de secteur", "Recherches", n. 17, 1975.

SCHNEIDER, K. "Die Psychopathischen Persönlichkeiten", Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1934.