

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA “LA SAPIENZA”

Facoltà di Lettere - Scienze Umanistiche

Tesi di laurea

in

Storia delle tradizioni popolari

L’antipsichiatria e il Telefono Viola

ELISABETTA PAPINI

Anno accademico 2004-2005

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA “LA SAPIENZA”

Facoltà di Lettere - Scienze Umanistiche

Tesi di laurea

in

Storia delle tradizioni popolari

L'antipsichiatria e il Telefono Viola

RELATRICE: Prof.ssa Franca Romano

CORRELATORE: Prof. Vittorio Caldiron

LAUREANDA: Elisabetta Papini

Anno accademico 2004-2005

INDICE

INTRODUZIONE.....	p. 4
CAPITOLO I - FOLLIA: TRA RAPPRESENTAZIONE E MEDICALIZZAZIONE	
1.1 Il folle.....	p. 8
1.2 La mente, la malattia, il manicomio.....	p. 18
1.3 L'esperienza di Franco Basaglia.....	p. 28
CAPITOLO II - PSICHIATRIA E ANTIPISCHIATRIA	
2.1 Psichiatria e malattia mentale	p. 42
2.2 La critica al giudizio psichiatrico	p. 49
2.3 Coppola e Antonucci: l'antipsichiatria come approccio non-psichiatrico	p. 67
CAPITOLO III - L'ESPERIENZA DEL TELEFONO VIOLA	
3.1 Malattia e disagio mentale.....	p. 82
3.2 Il Telefono viola: un servizio di pubblico interesse	p. 91
3.3 Il lavoro del Telefono Viola: interviste	p. 100

CONCLUSIONE p. 131

APPENDICE

Intervista ad Alessio Coppola p. 134

Intervista a Giorgio Antonucci p. 144

Intervista a Giorgio P. del Telefono Viola

di Milano p. 158

Intervista a Raffaele B. del Telefono Viola

di Milano p. 170

Intervista al Collettivo Violetta Van Gogh –

Telefono Viola di Firenze p. 179

BIBLIOGRAFIA p. 192

INTRODUZIONE

L'esperienza del Telefono Viola, come strumento contro gli abusi psichiatrici, inaugurato da Alessio Coppola sulla base dell'esperienza non psichiatrica di Giorgio Antonucci costituisce il fulcro del presente elaborato. Lo studio della rappresentazione della follia che è sottesa alla psichiatria ed all'immaginazione collettiva in genere, è lo strumento di indagine per meglio comprendere le dinamiche del pensiero non psichiatrico che nella seconda metà del XXI secolo hanno riportato l'attenzione sul folle: non più malato, ma sofferente, non più vittima di una malattia che ne menomava i diritti di essere umano, ma essere ancora umano con una propria individualità e con le proprie esigenze ed istanze per poter affrontare il proprio disagio psichico.

La medicalizzazione della follia si basa sul presupposto che essa sia una malattia che colpisce degli organi (nello specifico, il cervello) e, quindi, che possa essere curata come qualsiasi altra malattia. Ma la medicalizzazione

coincide con la segregazione e non con la riabilitazione: anche quando ci si accorge che la "terapia" non porta il frutto della guarigione, la segregazione terapeutica continua a reclamare la propria necessità di esistere, quasi che le mura dei manicomi (o dei reparti psichiatrici degli ospedali) possano essere parte integrante della cura. L'esperienza di Franco Basaglia ha dimostrato l'inutilità terapeutica delle istituzioni manicomiali, ma non ha cancellato la mentalità che li aveva creati e non ha, soprattutto, investito l'istanza sociale che li aveva mantenuti in vita: la segregazione come allontanamento degli "anormali" dalla società dei "normali" per proteggerli dalla pericolosità (per se e per gli altri) dei folli.

La critica al giudizio psichiatrico si fonda perciò sul disconoscimento della "fisicità" della follia e sullo spostamento dell'obiettivo dalla "malattia mentale" al "malato": il vissuto del malato, la sua individualità, il suo modo di reagire alle pressioni (o stimoli, in senso ampio) che ne generano ed acuiscono la sofferenza psichica, riportano l'attenzione sull'uomo. La critica al giudizio

psichiatrico ed alla rivendicazione scientifica della psichiatria costituiscono il nucleo dell'approccio non psichiatrico elaborato da Giorgio Antonucci e dall'Ecologia Umana di Alessio Coppola. Attraverso due interviste che ho avuto modo di fare ad entrambi si offrirà la possibilità di avvicinarsi al loro pensiero ed alla loro esperienza in merito, con le loro stesse parole.

L'esperienza del Telefono Viola si offrirà dunque, come la concretizzazione di tutte queste riflessioni. Nato come un servizio di pubblico interesse, il Telefono Viola conta numerose esperienze in varie città del territorio italiano: al di là delle singole differenze, i volontari che vi collaborano sono uniti dalla consapevolezza di offrire un aiuto, una risposta non medica ad utenti che per vari motivi si trovano schiacciati nel meccanismo che riconosce nella follia una malattia da medicalizzare, senza comprendere le istanze dei medicalizzati e delle loro famiglie che restano spesso e volentieri soli ad affrontare il disagio mentale senza gli strumenti per poterlo fare, al di là di un farmaco che non può curarne tutte le ferite.

Anche in questo caso, le interviste ai volontari di un collettivo che ha dato vita al Telefono Viola di Firenze, nato nel 2003 e quelle a due operatori del Telefono Viola di Milano, nato nel 1996, ormai diventati “esperti” per la loro decennale esperienza, saranno utili a comprendere le dinamiche che ne hanno generato la nascita e che mantengono in vita questo tipo di esperienza.

CAPITOLO I

FOLLIA:

TRA RAPPRESENTAZIONE E MEDICALIZZAZIONE

1.1 Il folle

"Può essere tutto o niente. È 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 riconosce la follia come parte della ragione, e la riduce alla ragione nel momento in cui esiste una scienza che si incarica di eliminarla. Il manicomio ha la sua ragione di essere, perché fa diventare razionale l'irrazionale. Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come sciogliere questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita"¹.

L'idea moderna di follia nasce nel momento in cui la "follia" viene riconosciuta come entità a sé stante ed i

¹ Basaglia F., *Conferenze brasiliane*, cit. in AA.VV., 1995, *Follia e paradosso : seminari sul pensiero di Franco Basaglia, 9-30 maggio 1995*, Trieste, p. 55.

soggetti "folli" vengono riconosciuti e separati dal resto della società. Dunque, la separazione e la segregazione costituiscono il *terminus a quo* si modifica un rapporto che sino ad allora riassorbiva la follia in seno alla società stessa sotto varie forme: "persona semplice", "persona illuminata" (che ha accesso a una dimensione diversa da quella terrena), "persona in contatto" con Dio o con il demonio, ecc.².

È utile ripercorrere, brevemente, l'evoluzione delle connotazioni che si sono legate alla follia nel corso dei secoli, attraverso i loro tratti salienti³. Nel Nuovo Testamento il folle è identificato in colui che è posseduto dagli spiriti maligni che solo l'aiuto di una forza antagonista potrà scacciare per restituire l'uomo o la donna alla normalità. Con l'Umanesimo ed il Rinascimento, in concomitanza con il processo di secolarizzazione che investe le varie manifestazioni della società, l'immagine collettiva del folle viene sganciata da

² Cfr. Foucault M., 1992, *Storia della follia*, Milano, Rizzoli, 1992, pp.51 e ss.

³ Cfr, *ivi*, pp. 12-32.

ogni collegamento sacrale e viene vista nelle connotazioni che riguardano la pericolosità sociale dei soggetti: esseri "asociali" i cui comportamenti li rendevano non idonei a condividere la società civile che se ne tutelava, allontanandoli e segregando insieme, il ladro, l'assassino, il folle e il mendicante. L'epoca dei grandi conflitti religiosi tra Riforma e Controriforma, restringerà il campo delle ipotesi in una concezione manichea dell'uomo e di ciò che lo riguarda: bene e male, dannazione e salvezza, fuori e dentro, normale e anormale. Con l'Illuminismo e la Rivoluzione francese, la rappresentazione della follia si inserisce all'interno della dicotomia "ragione/non ragione", laddove allo status di persona folle corrisponde l'idea di una sostanziale deviazione dalla normalità, cui il positivismo fornirà gli strumenti teorici per la sua evoluzione nel concetto di malattia e come tale, soggetta a possibili cure per il recupero della condizione di normalità⁴. Uno dei primi ospedali destinati ad accogliere

⁴ Cfr. Howard J., 1992, *État de Prison. Hôpitaux et Maisons de force*, cit. Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 51.

e "correggere" i folli e gli alienati fu l' *Hopital General* di Parigi, fondato nel 1656⁵: non si trattava di una vera e propria istituzione medica, ma, piuttosto, di una sorta di entità amministrativa dotata di poteri autonomi, la cui preoccupazione principale resta ancora quella di segregare i propri ospiti, mantenendoli al di fuori della società civile. L'internamento in tale struttura, infatti, non era decretato dal medico, ma dal magistrato, tanto è vero che i folli venivano ammessi solo in seguito ad una sentenza del tribunale: il delitto, il disordine morale e sociale erano le manifestazioni di un comportamento socialmente pericoloso, causato dallo stato di follia.

L'esperienza dell'internamento sarà fondamentale nella costruzione dei modelli concettuali che saranno alla base delle strutture successivamente adibite ad occuparsi della follia.

⁵ Cfr. Bellelli G. (a c. di), 1994, *L'altra malattia : come la società pensa la malattia mentale*, Napoli, Liguori, p.10.

La possibilità di medicalizzazione della follia dà ragione del suo isolamento, che nel XVIII⁶ e XIX diverrà esclusivo, distinguendo via via i ricoveri per i folli e tutte le forme di devianza sociale dalle soluzioni di internamento per i reati comuni. Nascono i manicomi, ovvero strutture di ricovero e cura dove però è difficile che i pazienti escano "guariti", se non per brevi periodi prima di nuovi ricoveri. Macchine e terapie basate sulle acquisizioni di una scienza medica e psichiatrica che se da un lato aveva iniziato a riconoscere le diverse manifestazioni del disagio psichico, dal punto di vista medico restano legate ad una idea della medicina pressoché rudimentale⁷.

Nel museo dell'ospedale psichiatrico S. Maria della Pietà sono visibili le riproduzioni dei pannelli didattici del XIX secolo: metodi e terapie sostanzialmente basati sull'immobilizzare, fermare, costringere i corpi dei

⁶ Questo secolo vedrà nascere gli studi anatomici sul cervello; nascono scuole di freniatria mentre si ipotizza la possibilità di curarla. Cfr. Langs R., 1988, *Follia e cura*, Torino, Bollati Boringhieri, , pp. 22-25.

⁷ Non va dimenticato che, ad esempio, l'anestesia, sino alla prima metà del XX secolo veniva correntemente somministrata attraverso l'uso di traumi provocati da oggetti contundenti; almeno sino alla scoperta delle proprietà dell'etere.

pazienti⁸. Szasz, ricorda a tal proposito le invenzioni per le terapie dei malato di mente di Rush (1746-1813), padre della psichiatria americana: il "tranquillizzatore" , ovvero una sedia alla quale il paziente veniva legato con la testa immobilizzata ad un sostegno, o il "girotore", una tavola rotante sulla quale i pazienti venivano assicurati con cinghie e fatti girare a velocità terrificanti per far fluire il sangue alla testa⁹.

A queste terapie, i primi decenni dell'Ottocento avevano affiancato molteplici trattamenti "moralì", volti a correggere, subordinare e riportare alla normalità il comportamento, le passioni e la volontà dei malati mentali¹⁰. Questi sistemi curativi erano il risultato della

⁸ Romano F., 2001, *I folli*, Roma, Meltemi, p. 13.

⁹ Szasz T.S., 1981, *I manipolatori della pazzia - Studio comparato dell'Inquisizione e del movimento per la salute mentale in America*, Milano, Feltrinelli, pp. 55-58.

¹⁰ "La quale cura morale non si consiste se non che nell'uso ragionato di que' mezzi che mostrano avere diretta azione in sulla mente ed in sulle passioni di coloro, che nella ragione si danno a vedere offesi [...] Si adoperi in sulla attenzione del maniaco, si corra ad ogni sforzo per ridurlo ad essa col fare insorgere dintorno a lui fenomeni che lo sorprendano, o siengli di momento, oggetti nuovi, percezioni gradevoli o dolorose fisiche o morali, si valga dell'occupazione, [...] e si ricorra anche al validissimo argomento della paura e dello spavento medesimo, posciaché questi sono tutti argomenti che operano direttamente in sugli atti delle facoltà

allora moderna idea di cura e, rispetto all cura fisica della follia, erano ritenuti all'avanguardia poiché si basavano sulla convinzione che il folle fosse un individuo reinseribile nella società mediante un procedimento rieducativo¹¹.

Quando, nel 1818, vennero introdotte le camicie di forza per la contenzione dei soggetti pericolosi si sostituirono i collari di cuoio alle catene di ferro, e quando poi si vestirono gli ignudi con anonimi camici e li si legò ad un letto invece che ad un palo, sembrò che la

intellettuali, e ne cambiano a così dire, le condizioni e le tendenze"; Fantonetti G.B., 1843, *Del giusto valore della cura morale nella pazzia e della migliore maniera di praticamente applicarla*, in «Memorie dell'I.R. Istituto lombardo di scienze lettere ed arti», Milano, v.I, pp. 21, 31, cit. in Gorni G., 1978, *Malattia mentale e sistema - L'istituzione manicomiale italiana dalla fine del Settecento agli inizi del Novecento*, in «Classe», 15 (1978), pp. 215-216.

¹¹ Una delle prime regole della "cura morale" consisteva nel far rispettare ai malati un sistema disciplinare molto rigido, di cui si può leggere un esempio di prassi nelle pagine di uno psichiatra del manicomio di Aversa nel 1843: "Talora sono riuscite a riordinare l'intendimento le sole norme di ordine e di disciplina che in questo Istituto si coltivano. Un'ammirabile prova che colpisce vivamente i visitatori se ne ha vieppiù quando i folli si recano alla mensa. Essi allora disponendosi in linea, e marciando militarmente entrano nel Refettorio a tocchi di tamburo: adempiono lievi formalità prescritte: non sedono od assaggiano le vivande se il tamburo non ne annunci loro il permesso: tutti usano il cucchiaino e la forchetta: tutti rispettano la decenza e il silenzio. Nei collegi non può serbarsi più eccellente condotta"; Federi F., 1843, *Sul generale trattamento fisico-morale degli alienati nel Reale morfofotrofio*, in «Giornale medico-storico-statistico», vol. I, fasc. I, p. 12, cit. in ivi, p.197.

medicalizzazione portasse verso una concezione della dignità della persona sostanzialmente estranea al concetto di follia. Tuttavia si trattò di una semplice sostituzione: nulla nella concezione del malato di mente cambiava e la necessità terapeutica coincideva pur sempre con necessità di internamento e contenzione¹².

Tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, il manicomio è diventato una "macchina perfetta", dove ogni cosa è prevista ed organizzata, e dove i pazienti non sono raggruppati e seguiti in base ad una distinzione nelle patologie, ma in base alla pericolosità, ai comportamenti e sostanzialmente in base alle esigenze di custodia¹³.

Sulla base della necessità del ritorno in seno alla società del malato mentale, nasce nel XX secolo un nuovo approccio squisitamente medico alla terapia della follia, identificata come una tipologia di patologia, trovando una giustificazione teorica nella nascente psichiatria sociale,

¹² Cfr. Romano F., 2001, op. cit., p. 14.

¹³ Cfr. Dragoni F., 1999, *Follia di ieri, follia di oggi*, Milano, Angeli, pp. 13-14

"al tempo stesso capitolo sia della patologia sociale che della sociologia applicata"¹⁴.

Ad essa sarà demandato il compito di studiare i mezzi usati dalla società per combattere le malattie mentali, riformare gli operatori sociali nel campo della psichiatria, approntare i metodi che utilizzeranno le comunità terapeutiche che sostituiranno poi i manicomi dopo la Legge 180.

Ma ai fini non solo del recupero del malato, ed anche di prevenzione dell'insorgenza della stessa patologia, l'azione della comunità terapeutica avrebbe dovuto superare l'istituzione manicomiale così come si offriva nel pensiero di Franco Basaglia, nella più generale opera di rovesciamento istituzionale, attraverso un "rovesciamento da attuarsi in tutti gli strati che costituiscono la stessa istituzione, ciascuno attraverso la negazione del proprio livello di integrazione al sistema di valori sui quali si

¹⁴ Cfr. Jones M., 1970, *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, Milano, Etas.

fonda l'istituzione e quindi la società di cui è emanazione"¹⁵.

La riflessione dello psichiatra di Gorizia mirava alla negazione generale dell'istituzione manicomiale, alla negazione della stessa rappresentazione ideologica della malattia mentale. Il passo successivo avrebbe dovuto essere costruito su un nuovo modo di approcciarsi ai malati, attraverso progetti di terapia che rispettassero la libertà e la dignità della persona, rifiutando il carattere punitivo sotteso alle terapie in uso.

¹⁵ Basaglia F., 1998, *L'istituzione negata*, Milano, Baldini e Castoldi, p. 329.

1.2 La mente, la malattia, il manicomio

La manicomializzazione dei folli si risolveva nella produzione di soggetti manicomializzati: l'isolamento produceva ulteriore alienazione e le terapie correttive producevano ulteriori disagi che si sommavano alle patologie individuali, uniformando gli individui-pazienti e creando le premesse per la loro impossibile guarigione¹⁶.

Sin dai primi studi psichiatrici freudiani, la mente veniva considerata il "luogo" dove si generavano i disturbi dei "soggetti" che degeneravano in "malati", ma l'idea stessa di causa-effetto aveva creato l'idea di una certa "fisicità" del problema, anche se si fa per la prima volta una distinzione tra problemi neurologici e problemi psicologici, da risolvere attraverso strumenti altrettanto fisici e discipline terapeutiche che ponevano l'ordine come soluzione al disordine: il comportamento veniva confuso con la malattia, le cause sparivano dinanzi alle

¹⁶ Cfr. Fiorino V., 2002, *Matti, indemoniate e vagabondi : dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, pp. 11-15.

conseguenze e la cattiva volontà dei pazienti costituiva l'ostacolo da spezzare se si voleva raggiungere una vera guarigione. Il risultato naturale di questa visione è la degenerazione del malato e la sua irrecuperabilità e la conseguente segregazione totale dei soggetti.

Dopo Freud, la psichiatria moderna si è divisa in vari filoni, accanto al filone della psichiatria biologica, legato alla pratica ed alla mentalità medica, alle indagini genetiche e biochimiche, si colloca la psicoanalisi vera e propria, che si concentra invece sul vissuto del paziente.

La negazione dell'oggettività della malattia e la valorizzazione dell'esperienza soggettiva, sposta l'attenzione dalla malattia al malato.

In questo contesto, l'assistenza pubblica tradizionale si è identificata largamente con le strutture manicomiali e sostanzialmente con un indirizzo a carattere biologico, mentre, dopo l'esperienza di Freud, l'assistenza privata si

è identificata piuttosto con indirizzi di tipo psicologico, o meglio psicodinamico¹⁷.

Tale separazione segna ed accentua la distanza fra i due volti della psichiatria: soluzione repressiva e di controllo sociale per gli strati sociali più disagiati, ma anche strumento di cura per quelli più alti. Eppure, le attuali acquisizioni della psichiatria, a partire dalla seconda guerra mondiale, hanno contribuito ad accorciare notevolmente le distanze tra queste due concezioni, sulla scia di una maggior sensibilità al benessere comune di tutti gli strati sociali, avvicinando il manicomio e lo studio dello psicoterapeuta¹⁸.

Tuttavia l'avvicinamento di queste due soluzioni non corrisponde ad una fusione delle due concezioni ad esse sottese nell'ordine di una individualizzazione ed una umanizzazione della problematica mentale: l'aspetto di maggior rilievo nell'avvicinamento tra psichiatria pubblica

¹⁷ Cfr. Laing R.D., 1979, *Al di là della psichiatria*, Torino, Einaudi, pp. 33-36.

¹⁸ Cfr. Cfr. Jervis G., 1975, *Manuale critico di psichiatria*, Milano, Feltrinelli, pp. 66-78.

e privata si è risolto nella tendenza della prima ad estendere in modo sistematico e sempre più rapido la sua funzione di controllo sociale anche fuori dai luoghi di ricovero¹⁹.

L'idea stessa di malattia che ospedalizza il disagio mentale e lo relega ad accidente biologico, sottende l'idea della cura, ma se da un punto di vista ideologico l'attenzione sembra essersi spostata dal comportamento deviante (e socialmente pericoloso) al disturbo in sé, ancora una volta il soggetto, prima agente attraverso i comportamenti anormali ed ora sostanzialmente passivo rispetto alla "malattia" che lo affligge resta sempre dietro (o al di fuori?) dello stato di follia.

Il vissuto del soggetto può essere osservato come un insieme di concause che vanno ad inserirsi su di una predisposizione genetica, su di un difetto che il

¹⁹ Antonucci G., 1986, *Critica al giudizio psichiatrico*, Roma, Cooperativa Apache, pp. 104-105.

perfezionamento degli strumenti scientifici permetterà di isolare, identificare e curare²⁰.

La scoperta e la denuncia del carattere inumano e non terapeutico dei manicomi tradizionali, congiuntamente allo sviluppo del sistema assistenziale (come sistema generale di garanzia e di soccorso per bambini, anziani, invalidi, emarginati, ecc.) e del sistema sanitario nazionale, hanno contribuito al crescere (soprattutto dopo gli anni sessanta del secolo scorso) di strutture psichiatriche non manicomiali, come centri e ambulatori di igiene mentale, *èquipes* e centri non residenziali, per emarginati centri e istituzioni private per minori disadattati, sistemi di assistenza per alcolisti e tossicomani, case di riposo psichiatriche, ospedali diurni e centri di assistenza notturna, centri di "crisi" per interventi psichiatrici d'emergenza, comunità di

²⁰ Cfr. Ivi, p. 102.

rieducazione e recupero, centri psico-sociali di quartiere, o di ASL, opportunamente dislocati²¹.

In vari paesi questo insieme di strutture psichiatriche si va oggi sostituendo al manicomio tradizionale. Un simile sviluppo dell'assistenza pubblica ha avuto come effetto l'estensione sempre maggiore dell'area di controllo istituzionale. Relegata all'interno delle strutture manicomiali, la popolazione tenuta sotto controllo era ovviamente una parte minima di quella totale, con l'assistenza moderna si ha, invece, un allargarsi dell'intervento terapeutico dai soggetti psicotici più gravi a quelli meno gravi, ai nevrotici, ai cosiddetti "psicopatici caratteriali", fino a raggiungere soggetti sostanzialmente privi di disturbi psichici specifici²².

Dal un lato, una società in cui la soluzione delle aspettative collettive e personali costituisce l'obiettivo primario, stress, disturbi del comportamento, e

²¹ Cfr. Attenasio L., 1981, *Fuori norma - La diversità come valore e sapere*, Roma, Armando, pp. 12-13.

²² Cfr. Antonucci G., 1986, *I pregiudizi e la conoscenza - Critica alla psichiatria*, Roma, Cooperativa Apache, pp. 41-42.

quant'altro influisca sulla stabilità non solo psichica, ma più generalmente emotiva dei soggetti, li portano dal medico per risolvere le proprie problematiche. La medicalizzazione della follia si è evoluta di pari passo con la medicalizzazione della salute: i farmaci costituiscono la soluzione e lo strumento di controllo dei problemi. Dagli psicofarmaci che sostituiscono il controllo fisico con quello psichico, alla medicina tradizionale : la soluzione dei problemi sembra risiedere nella chimica, indipendentemente dalla tipologia del problema, che semmai, orienterà verso uno specifico farmaco o cocktail di farmaco²³.

Dall'altro lato, Cooper identificava come fulcro del problema, la violenza, quella che i "sani" esercitano contro gli insani (i folli). Nella misura in cui la psichiatria rappresenta gli interessi dei "sani", la violenza nella psichiatria è essenzialmente violenza della psichiatria²⁴.

²³ Cfr. Telefono Viola di Milano (a cura di), 1998, *Effetti collaterali. Guida all'uso e all'abuso degli psicofarmaci*. Torino, Nautilus.

²⁴ Cfr. Cooper D., 1969, *Psichiatria e antipsichiatria*, Roma, Armando.

Nel momento in cui un soggetto si trova in una situazione di potere su di un altro soggetto, necessariamente gli interessi del primo verranno tutelati con l'uso di tale potere (in tutte le forme e gradazioni di violenza implicate) sul secondo soggetto in modo tale che la sua azione non crei problemi al godimento di tali interessi anche attraverso la coercizione. In questo sistema Basaglia vedeva l'insorgere delle situazioni limite²⁵ nelle quali è "la violenza esercitata da chi ha il coltello dalla parte del manico, nei confronti di chi è irrimediabilmente succube"²⁶.

²⁵ "In un ospedale psichiatrico due persone giacciono immobili nello stesso letto. In mancanza di spazio, si approfitta del fatto che i catatonici non si danno reciprocamente fastidio per sistemarne due per letto. In una scuola media, il professore di disegno straccia il foglio dove un bambino ha disegnato un cigno con le zampe, dicendo che a lui «i cigni piacciono sull'acqua». In un asilo i bambini sono costretti a sedere nei banchi senza parlare mentre la maestra si dedica ai piccoli lavoretti a maglia personali; minacciati di restare ore con le braccia alzate - il che è molto doloroso - qualora si muovano o chiaccherino fra loro, o facciano comunque qualcosa che disturba la maestra e il suo lavoro [...] la frustrazione delle madri e dei padri, si risolve generalmente in violenze costanti sui figli, che non ne soddisfano le aspirazioni competitive [...] un brutto voto a scuola viene punito, come se la punizione corporea o psicologica servisse a risolvere l'insufficienza scolastica"; Basaglia F. (a c. di), 1980, *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, pp. 110-114.

²⁶ Ivi, p. 115.

Nell'esperienza che dal 1978 ha portato alla creazione del Servizio donne nel manicomio di Napoli, Reale sottolinea l'evidenziazione politico-tecnica di modalità differenti di ricovero e trattamento²⁷: nella maggioranza dei casi il processo di internamento scattava nel momento in cui la sofferenza di una donna metteva in crisi il suo ruolo sociale nella doppia specificità di ruolo sessuale (rottura della monogamia, vagabondaggio sessuale oppure allontanamento dalla famiglia) e di ruolo lavorativo domestico (incapacità a curare la casa e i rapporti familiari). L'esperienza del disagio psichico sfocava senza soluzione di continuità nella manifestazione di comportamenti identificabili con la follia: non diverso era il percorso delle "tarantolate" pugliesi evidenziato da De Martino, laddove la pratica della "taranta" e della "cura" attraverso gli strumenti della religione andava ad intervenire sulle manifestazioni del disagio intese come risultato di una forza esterna (ed eterogenea al soggetto

²⁷ Cfr. Reale E., *L'esperienza manicomiale*, in Reale E. - Sardelli V. - Castellano A., 1982, *Malattia mentale e ruolo della donna*, Roma, Il pensiero scientifico, pp. 3-11.

che ne era stato colpito), ma non certamente sulle cause o sulla natura del disagio stesso²⁸. Egualmente la manicomializzazione, in tutte le sue forme di coercizione (fisica o chimica) rende ragione di un'idea di malattia dalla quale la società vuole difendersi e che deve essere "scacciata" dal malato attraverso opportune terapie che se non lo "guariscono" lo rendono "inoffensivo" rispondendo così all'esigenza primaria di segregazione che è alla base dell'istituzione manicomiale stessa.

²⁸ Cfr. De Martino E., 1994, *La terra del rimorso: contributo a una storia religiosa del Sud*, Milano, Il saggiatore, pp. 41-54.

1.3 L'esperienza di Franco Basaglia

Nel 1904 in Italia venne emanata una legge promossa da Giolitti che disciplinava rigorosamente tutta la materia concernente i manicomi e i malati di mente: le «Disposizioni sui manicomi e sugli alienati», con la quale venne ufficializzato il ruolo pubblico della psichiatria e che rimase in vigore per più di settant'anni, fino alla legge 180²⁹.

Nei fatti, tale legge sganciava la psichiatria dal resto della medicina ed il suo obiettivo principale era la tutela dell'ordine pubblico, collegandosi all'area di competenza del sistema giudiziario: l'internamento scaturisce da un giudizio di "pericolosità" o di "scandalosità" e viene prontamente registrato nel "casellario giudiziale".

Gli interventi terapeutici più moderni vengono applicati, dando una veste di scientificità a pratiche empiriche

²⁹ Cfr. Basaglia F. - Basaglia Ongaro F., 1975, *Crimini di pace: Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Torino, Einaudi, pp. 38-41.

come la piretoterapia, la psicotomia e le varie terapie di shock³⁰.

La crescita esponenziale della popolazione manicomiale dà spesso vita a vere e proprie "città della follia", concentrazioni umane di diverse migliaia di pazienti.

In situazione di tranquillità, la vita degli internati trascorre nell'inerzia più assoluta, con passeggiate senza sosta anche in pochi metri di spazio, mentre coloro che hanno problemi di particolare "irrequietezza" vengono sottoposti a trattamenti di contenzione anche protratti nel tempo³¹.

L'idea alla base di questo tipo di approccio al disagio mentale era costituita dalla convinzione che la malattia mentale fosse localizzata nel cervello, nella calotta

³⁰ Cfr. Di Paola F., 2000, *L'istituzione del male mentale*, Roma, Manifestolibri, pp. 12-13. L'elettroschoc, o "terapia elettroconvulsivante" è una terapia psichiatrica originariamente applicata dai dottori Cerletti e Bini per la cura di forme maniaco-depressive. La "terapia" viene praticata facendo passare una scarica di corrente alternata nel cervello, si provoca una perdita di coscienza, cui segue un accesso convulsivo (al quale si fa fronte mediante somministrazione preventiva di farmaci). I danni provocati da questo tipo di pratica, oltre alla brutalità ed all'inefficacia sostanziale, sono ormai tristemente noti. Cfr. Panizzari G., *L'elettroschoc - I guasti al cervello*, CEU, 1998.

³¹ Cfr. *Ibidem*.

cranica ed il manicomio con la sua staticità (anche in quanto metafora) era stato la naturale risposta terapeutica. Quando si è iniziato a concepire la persona come una organizzazione dinamica di relazioni, un punto di confluenza di presente e passato, la malattia mentale è stata ricondotta per lo più a disfunzione relazionale e la risposta terapeutica più adeguata è divenuta il ripristino delle relazioni all'interno del naturale ambiente di appartenenza del malato. Seguendo questa concezione (o rappresentazione) del disagio mentale, il problema del malato di mente diviene il suo essere il punto più vulnerabile di un sistema di relazioni sbagliate³².

Negli anni cinquanta del secolo scorso, l'istituzione manicomiale vede oltre centomila cittadini internati. I manicomi svolgono una funzione prevalente di contenitore sociale di una serie di problemi diversificati la popolazione è costituita non soltanto da persone con

³² Cfr. Basaglia F., 1982, *Scritti II - 1968-1980 : dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, a c. di Ongaro Basaglia F., Torino, Einaudi, pp. 51-54.

disturbi mentali, ma anche disabili gravi e gravissimi, disadattati sociali, emarginati, alcolisti³³.

Il ricovero, quasi sempre deciso da altri, è obbligatorio e spesso dura fino alla morte , in quanto non esistono stimoli o soluzioni alternative. C'è persino chi nasce in manicomio e vi trascorre tutta la vita.

Il criterio per l'internamento non è la malattia mentale, ma lo stato di pericolosità o il "pubblico scandalo" ed è quindi evidente che la funzione del manicomio è solo in minima parte di "cura"³⁴.

A partire dalla seconda metà degli anni '50 le attività di assistenza psichiatrica in tutto l'Occidente sono attraversate dal movimento di de-istituzionalizzazione, che pone in discussione l'istituzione del manicomio e apre il dibattito rispetto a nuove modalità di presa in carico di pazienti psichiatrici.

³³ Cfr. Cestari R. (a c. di), 1994, *L'inganno psichiatrico*, Roma, Sensibili alle foglie, pp. 50-51.

³⁴ Cfr. Bellelli G. (a c. di), 1994, *L'altra malattia : come la società pensa la malattia mentale*, Napoli, Liguori, pp. 41-43.

In Italia il movimento anti-istituzionale nasce soprattutto a Gorizia e Trieste, grazie all'iniziativa di Franco Basaglia. La rappresentazione del folle acquisisce nuove fattezze: il folle viene riconosciuto da Basaglia come non solo bisognoso di cure, ma anche di risposte reali per il suo essere, di denaro, della famiglia e "di tutto ciò di cui anche i medici che lo curano hanno bisogno"³⁵. Nel folle viene riconosciuto l'uomo, ma non inteso (come in precedenza) in quanto portatore della malattia che così sovrastava l'individuo, facendogli perdere agli occhi della società ogni diritto. Nel folle viene allora riconosciuto l'uomo con tutte le sue necessità. Trattato come "uomo", il "folle" non presenta una "malattia", ma una "crisi vitale, esistenziale, sociale, familiare" che sfugge a qualsiasi diagnosi medica. Prima a Gorizia e poi a Trieste, Basaglia applica questa "rappresentazione" restituendo al folle la

³⁵ Basaglia F., 1973, *Che cos'è la psichiatria*, Torino, Einaudi, p. 15.

sua soggettività: questo diviene un uomo con il quale si può entrare in relazione³⁶.

Nel 1961, Basaglia vince il concorso per la direzione dell'ospedale psichiatrico. Aiutato da un gruppo di giovani psichiatri, cerca di seguire il modello delle comunità terapeutiche di origine inglese, che definiva nuove regole di comunicazione all'interno dell'ospedale. Numerosi sono i cambiamenti apportati: ad esempio, vengono eliminati tutti i tipi di contenzione fisica e le terapie di shock³⁷.

L'esperienza di trasformazione di un manicomio tradizionale in una situazione operativa dove si è dimostrata l'erroneità dell'immagine collettiva della follia, ha denunciato l'esigenza di rivedere profondamente le concezioni tradizionali sulla pericolosità del malato di mente, i rapporti di potere nella società attuale, il controllo sociale dei comportamenti socialmente devianti.

³⁶ Cfr. Dragoni F., 1999, *Follia di ieri, follia di oggi*, Milano, Angeli, pp. 14-16.

³⁷ Cfr. Basaglia F. (a c. di), 1980, cit., pp. 77-79.

Qualche anno dopo, Basaglia diviene direttore dell'Ospedale psichiatrico di Trieste dove costituisce un gruppo di lavoro formato da medici, psicologi, assistenti sociali, volontari e studenti e dove verrà chiamato a collaborare anche Giorgio Antonucci³⁸.

Anche qui i primi anni sono dedicati al cambiamento dei sistemi di comunicazione con scambi all'interno dei gruppi di lavoro e tra questi e i pazienti: si svolgono numerose riunioni nei reparti e periodiche assemblee di tutti i pazienti. Vengono aperte le porte di tutti i reparti e soppresse le forme di contenzione fisica, favorendo le uscite all'esterno, in città, suscitando attenzione e (spesso) allarme nella cittadinanza. Nei primi anni, l'interesse di Basaglia è concentrato sulle storie personali dei pazienti, sui loro bisogni più che sulla patologia. Si organizzano gruppi di convivenza ("gruppi appartamento", prima all'interno dell'ospedale, poi in città³⁹).

³⁸ Cfr. Intervista con l'autrice a pag. 128.

³⁹ Cfr. Ivi, pp. 82-83.

Nelle assemblee i pazienti incominciano ad organizzarsi tra di loro, fino a dare vita alla prima cooperativa, con persone addette a mansioni di pulizia dei reparti, delle cucine e del parco: ognuno con regolare contratto sindacale. I "gruppi appartamento" e le cooperative rendono evidente quanto lo statuto giuridico e amministrativo di malato (di internato), e non la disabilità o la malattia, sia di ostacolo a qualsiasi reale costruzione di percorsi riabilitativi. A Trieste si andò oltre la trasformazione della vita all'interno dell'ospedale: il manicomio doveva essere chiuso, per sostituirlo con la creazione di una rete di servizi esterni che provvedono alla assistenza delle persone affette da disturbi mentali.

Il risultato fu, in collaborazione con gli enti locali, una scelta radicale di investimento sul territorio, con la crescita ed il rafforzamento progressivo dei centri di salute mentale, aperti 24 ore su 24.

Questo servizio si trasformerà nel 1980 in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura con funzioni di pronto soccorso psichiatrico, di consulenza presso i reparti

ospedalieri e di avvio della domanda ai centri di salute mentale competenti per territorio (aperti 24 ore su 24).

Ciò che Basaglia teorizza ed attua negli anni '60 e '70 diventa patrimonio della psichiatria internazionale. La nuova cultura antimanicomiale introduce concetti quali il decentramento, la territorialità, la continuità terapeutica tra ospedale psichiatrico e territorio, il lavoro in équipe, la formazione per la creazione di nuove competenze professionali che mettano in grado gli operatori di lavorare sia nella struttura ospedaliera, che in ambulatorio, che al domicilio e nelle strutture di accoglienza intermedia fra l'ospedale e la famiglia⁴⁰.

Si fa strada anche l'idea della prevenzione, con il lavoro nella comunità, nell'ambiente di vita e di lavoro dei cittadini, un lavoro rivolto non soltanto ai malati mentali ma anche alle cause che minacciano la salute mentale di tutti.

⁴⁰ Cfr. AA.VV., 1999, *Franco Basaglia: la comunità possibile : 1. Convegno internazionale per la salute mentale, (Trieste 20-24 ottobre 1998)*, Pistoia, Centro di documentazione, pp. 14-18.

Emerge, inoltre, un'altra linea fondamentale: partire dall'organizzazione sanitaria di base e non dall'ospedale psichiatrico, fornendo alternative al ricovero in ospedale e collegando la lotta contro il manicomio con quella per il servizio sanitario nazionale e la riforma dell'organizzazione sanitaria.

Nel 1973, Trieste venne designata "zona pilota" per l'Italia nella ricerca dell'OMS sui servizi di salute mentale.

Il 13 maggio 1978, sotto la spinta dei processi di deistituzionalizzazione in atto a Trieste ed in altre parti d'Italia (e sotto la pressione di una richiesta di referendum abrogativo della legge 36/1904) viene approvata la legge 180, nota come Legge Basaglia, che istituisce un modello di assistenza assolutamente innovativo, ponendo fine all'istituzione manicomiale.

È importante sottolineare che la legge non fu diretta espressione dell'opera di Franco Basaglia, che offrì semplicemente una sua consulenza e, soprattutto, l'esperienza pratica che stava attuando in quegli anni a Trieste. La legge venne approvata sotto la "minaccia" di

un referendum promosso dal partito radicale di abolizione della vecchia legge Gentile e, sostanzialmente, restò inapplicata per i primi anni successivi all'approvazione a causa della mancanza di chiarezza del legislatore in merito ai finanziamenti.

Nello spirito, tuttavia, la legge 180 si riallaccia all'esperienza di Franco Basaglia, nel senso che ha mutato la rappresentazione del folle: il malato psichico diviene un malato che va curato come tutti gli altri, negli ospedali civili, svolgendo una attività sanitaria secondo i criteri della medicina generale. Tutto ciò che non rientrava in questo orizzonte esulava dal compito della terapia, incluso il controllo della violenza che diveniva così un elemento aggiuntivo della malattia mentale e non una sua caratteristica strutturale⁴¹.

⁴¹ L'Ospedale psichiatrico giudiziario ed il sistema giuridico ne costituiscono il referente principale, ma anche qui le problematiche si ripropongono con la stessa evidenza che nelle strutture manicomiali, con la sostanziale differenza che in questo caso la contenzione costituisce la naturale funzione delle strutture. Cfr. Fornari C. - Coda P., 2001, *Dall'ospedale psichiatrico giudiziario al territorio*, in «Rivista italiana di medicina legale».

I protagonisti dell'esperienza italiana furono principalmente gli psichiatri; l'associazionismo dei familiari, contrariamente a quanto accadde in altri paesi, nacque più tardi, al varo della legge 180.

Dal 1978 questa legge dello Stato ha decretato la chiusura dei manicomi, delegittimandoli di qualsiasi funzione curativa e assistenziale, ed ha considerato i malati di mente alla stregua di ogni altro uomo in stato di sofferenza e di cure sanitarie. Non più identificate come "persone pericolose per sé e per gli altri" o "motivo di pubblico scandalo", private di ogni diritto civile, delle loro radici e della loro storia nella segregazione di istituzioni totali⁴².

Nel 1980 l'ospedale psichiatrico di Trieste cessa definitivamente la sua attività e funzione. Nell'agosto dello stesso anno muore Franco Basaglia.

La chiusura dei manicomi, non costituiva lo scopo finale dell'operazione di cui Basaglia era fautore, ma il mezzo

⁴² Cfr. Attenasio L., 1981, *Fuori norma - La diversità come valore e sapere*, Roma, Armando, pp. 35.

attraverso il quale la società potesse fare i conti con le figure del disagio che la attraversano, e che ne sono parte integrante: la segregazione non risolve il problema, lo elimina dalla vista comune.

Nel 1981 si stabilizza la rete dei servizi psichiatrici, mentre il Dipartimento di salute mentale (DSM) si sostituisce all'ospedale psichiatrico, che da un punto di vista operativo garantisce la gestione dell'insieme dei servizi e delle attività ad esso connesse sul territorio di competenza⁴³.

Da più di vent'anni Trieste vive senza manicomio ed il numero delle persone che fanno riferimento ai servizi di salute mentale nel corso di un anno è mediamente del 12‰ della popolazione⁴⁴.

Tuttavia la mancanza di risorse, i ritardi e le disattenzioni politico-amministrative, hanno mostrato la debolezza di una legge che non riusciva a creare quell'articolazione territoriale alternativa all'istituzione manicomiale.

⁴³ Cfr. *ivi*, pp. 39-40.

⁴⁴ *Ibidem*.

I nuovi servizi territoriali si sono sostituiti all'istituzione precedente, mantenendo però (a volte) la stessa risposta burocratica ed il lavoro "clinico" che vi si riproduce non è affiancato da una informazione che approfondisca i nessi dell'immagine comune della "follia", le distanze/differenze tra ragione e irragionevolezza, tra salute e malattia, tra normalità e follia⁴⁵. Il nodo della questione è ancora una volta l'idea che è sottesa alla "cura", la rappresentazione della malattia e del soggetto malato, cui la psichiatria continua a dare risposte tecnicamente diverse, ma ideologicamente immutate.

Con il dibattito sulla legge 180 che si svolse nel 1998 è tornato alla ribalta lo scontro tra psichiatria ed antipsichiatria che sin dagli anni '50 evidenziava tale contraddizione.

⁴⁵ Cfr. Di Paola F., 2000, *L'istituzione del male mentale*, Roma, Manifestolibri.

CAPITOLO II

PSICHIATRIA E ANTIPISCHITRIA

2.1 Psichiatria e malattia mentale

La psichiatria è definita (dal greco *psyché*, "anima", e *iatrós*, "medico") come una specializzazione della medicina che studia e cura i disturbi mentali⁴⁶.

Essa ha raggiunto una certa autonomia all'interno delle scienze mediche solamente nell'ultimo secolo e, forse più di ogni altra disciplina medica, non è sfuggita e non sfugge ai cambiamenti legati alle mutevoli situazioni storiche dell'umanità e risente via via, nel tempo e nei luoghi, di diversi influssi sociali, filosofici e religiosi, rispecchiando così molteplici aspetti della cultura dell'epoca. Perché s'intendano meglio le problematiche attuali di questa disciplina, senza pretendere di

⁴⁶ Cortellazzo M. - Zolli P., 1983, *Dizionario etimologico della lingua italiana*, Bologna, Zanichelli, *ad vocem*.

ricostruire la storia della neuropsichiatria prima e della psichiatria dopo, conviene ripercorrerne brevemente le acquisizioni principali.

Le basi dello approccio biologico ("organico") del malato neuropsichiatrico vengono gettate nell'Ottocento dagli studiosi di anatomia e di fisiologia.

Il medico toscano Vincenzo Chiarugi (1759-1820)⁴⁷ viene incaricato di dirigere, nel Granducato di Toscana, un ospedale psichiatrico dove, nel 1788, introduce parametri clinici nell'assistenza ai malati cinque anni prima di quanto farà nel 1793, a Parigi, il medico francese Philippe Pinel (1745-1826) all'ospedale di Bicêtre⁴⁸.

La psichiatria, in quanto specializzazione della medicina che si occupa di disturbi psichici, è dunque una disciplina piuttosto recente, che ha raggiunto una certa autonomia solo nel secolo XIX.

⁴⁷ Autore di un *Trattato* medico-analitico sulla pazzia, edito a Firenze nel 1794.

⁴⁸ Cfr. Basaglia F., 1973, *Che cos'è la psichiatria*, Torino, Einaudi, pp. 22 e ss.

Come si è precedentemente illustrato, la medicina occidentale dall'antichità fino all'epoca moderna aveva inquadrato i disturbi psichici in una visione generale dell'uomo che teneva certamente conto della sua realtà biologica, ma che costituiva un'antropologia di tipo filosofico. Nel corso degli ultimi secoli il progresso medico ha cercato di localizzare la malattia in strutture anatomiche sempre più precise.

In Germania, nel 1845 lo psichiatra Wilhelm Griesinger (1817-1868) pubblica a Stoccarda l'autorevole testo psichiatrico *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*; intorno al 1850 il nosologo Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) tenta un primo inquadramento clinico delle psicosi; lo psichiatra Emil Kraepelin (1856-1926) distingue il gruppo delle psicosi endogene da quello delle psicosi esogene. In conformità con il pensiero positivistico occidentale, la malattia mentale viene inquadrata presupponendo sempre e comunque l'esistenza di una eziologia e di una patogenesi, spesso

ignote, poggianti su un substrato organico alterato dell'encefalo⁴⁹.

Se fino ad allora le malattie psichiche erano state di competenza dei medici internisti, nasce allora una psichiatria "scientifica" strettamente collegata alla neurologia, che pretende fra l'altro di essere l'unico approccio scientifico ai problemi della vita psichica, patologici e non, ed è critica nei confronti di approcci non positivisti.

All'inizio del secolo XX, dopo la fase dell'inquadramento "organico", si assiste alla valorizzazione del concetto per cui la "malattia mentale" viene considerata come una sindrome, con sue caratteristiche evolutive, alle quali risulta difficile attribuire una specificità assoluta⁵⁰. Si viene così ad allentare il rapporto molto intimo avuto dalla psichiatria con la neurologia (neuropsichiatria) nella seconda metà del secolo XIX⁵¹.

⁴⁹ Cfr. Civita A., 1999, *Psicopatologia : un'introduzione storica*, Roma, Carocci, pp. 19-24.

⁵⁰ Per esempio dallo psichiatra svizzero Eugen Bleuler (1857-1939); cfr. Bleuler E., *Trattato di psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1967.

⁵¹ Cfr. Civita A., 1999, pp. 27-28.

Già dal 1950 vengono introdotti (sotto controllo clinico) nella terapia psichiatrica i tranquillanti e i nooanalettici o neurostimolanti, considerati nella visione medica predominante come un adeguato supporto alla terapia, come nota il professor Pietro Sarteschi, direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa dagli anni 1960: "i successivi rapidi sviluppi della psicofarmacologia consentono a molti malati mentali di comportarsi in maniera più adeguata e accettabile in situazioni istituzionalizzate e molti di essi possono evitare il ricovero; per altri è possibile una loro dimissione con il ritorno in famiglia e in società"⁵².

Al tempo stesso nelle università italiane i vari orientamenti (fenomenologico, interpersonale, esistenziale, sociale, ecc.⁵³), talora in aperta opposizione dialettica con la "tradizionale" impostazione somatogena, portano al progressivo definirsi della psichiatria clinica come disciplina multidimensionale nella quale far

⁵² Cit. in *ivi*, p. 30.

⁵³ Cfr. *ivi*, pp. 44-52.

convergere e far coesistere, con peso diverso, mediato dalla cultura del medico psichiatra, nell'interesse della cura dei diversi pazienti con le loro varie patologie, approcci culturali diversi, espressioni del caleidoscopico mondo che circonda l'uomo⁵⁴.

Nonostante il profondo cambiamento ideologico che l'esperienza dell'antipsichiatria italiana ha portato avanti prima e dopo il varo della legge 180, la psichiatria accademica italiana continua a praticare l'assistenza, la didattica e la ricerca mantenendo ferma l'impostazione medica nell'approccio al malato psichiatrico⁵⁵.

Permangono infatti posizioni cliniche tese a valorizzare i progressi nel campo della biologia molecolare, la fioritura di studi clinico-descrittivi e, infine, la vertiginosa rapidità con cui nuove molecole chimiche di grande interesse terapeutico vengono introdotte nella pratica clinica, producendo mutamenti sostanziali nella terapia e nella

⁵⁴ Cfr. Di Paola F., 2000, *L'istituzione del male mentale*, Roma, Manifestolibri, pp. 44-58.

⁵⁵ Cfr. Antonucci G., 1993, *Critica al giudizio psichiatrico*, Roma, Bulzoni, pp. 7-8.

prognosi di molti quadri morbosi; come pure non vanno dimenticate produzioni letterarie del medico psichiatra toscano Mario Tobino, che nel 1982 denuncia l'alto costo in vite umane della deistituzionalizzazione manicomiale forzata voluta dai "novatori", laddove si registrano ancora sopravvivenenti sacche di istituzionalizzazione⁵⁶.

⁵⁶ Cfr. Pirella A., 1992, *La psichiatria ridefinita: dalle contraddizioni storiche alla crisi del presente*, in Pastore V. - Bondi G. - Formichini M. (a c. di), *Questioni attuali in psichiatria*, Tirrenia, Cerro, p. 54.

2.2 La critica al giudizio psichiatrico

Le reazioni al riduzionismo della follia a malattia mentale sono alla base dell'antipsichiatria, ma le loro radici risalgono lontano nel tempo ed assumono diverse connotazioni e soluzioni: in alcuni ambienti protestanti tedeschi, per esempio, i disturbi psichici vengono fatti rientrare nella competenza della pastorale religiosa, sottolineando anche la possibilità della loro origine demonologica; a cavallo fra i secoli XIX e XX sempre nei paesi di lingua tedesca si diffondono movimenti "alternativi", che criticano lo stile di vita, l'alimentazione e l'abbigliamento della società cittadina e industriale, ne ritengono necessaria una riforma e sostengono che anche le malattie psichiche sono causate da un genere di vita non in armonia con la natura; quindi propongono vegetarianismo, naturismo, astinenza dall'alcol e così via, e criticano, a volte in modo molto radicale, la psichiatria

del tempo, accusata d'interessarsi soltanto degli aspetti biologici delle malattie⁵⁷.

Una critica radicale alla psichiatria positivista proviene anche dal Surrealismo⁵⁸ che, denunciando la cultura ufficiale e i valori della civiltà occidentale, propone pure il superamento della distinzione fra normalità e pazzia fino all'idealizzazione del delirio. Significativa al proposito (e interessante documento "antipsichiatrico") è la *Lettera ai primari dei manicomi*, comparsa sulla rivista «La Révolution surréaliste» nel 1925: "Non solleveremo qui il problema degli internamenti arbitrari, per evitare la fatica di facili dinieghi. Noi affermiamo che un gran numero dei vostri ospiti, perfettamente pazzi stando alla definizione ufficiale, sono stati, anch'essi, arbitrariamente internati. Non ammettiamo che si ostacoli il libero svilupparsi di un delirio che è legittimo, logico tanto quanto qualsiasi altra serie di idee o di atti umani. La repressione delle reazioni

⁵⁷ Cfr. Fiorino V., 2002, *Matti, indemoniate e vagabondi : dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, pp. 33-34.

⁵⁸ Cfr. Ristich De Groote M., 1973, *La follia attraverso i secoli*, Roma, Tattilo, p. 41.

antisociali è, per principio, altrettanto chimerica quanto inaccettabile. I pazzi sono le vittime individuali per eccellenza della dittatura sociale [...] Senza insistere troppo sulla natura assolutamente geniale insita nelle manifestazioni di certi pazzi, nella misura in cui siamo adatti ad apprezzarle, affermiamo l'assoluta legittimità della loro concezione della realtà e di tutte le azioni che da essa derivano"⁵⁹.

Già in questo documento sono infatti presenti diversi temi dell'antipsichiatria: il malato è vittima dell'oppressione sociale e la sua incapacità di conformarsi ai canoni della società viene repressa come reazione antisociale. D'altra parte, la pazzia viene interpretata non solamente come anormalità, ma anche come originalità e genialità che trasgredisce la norma ma che, contemporaneamente, può esprimere lo spirito umano in modo più spontaneo, al di fuori di ogni schematismo convenzionale.

⁵⁹ Cit. in ibidem.

Il successivo e progressivo diffondersi delle teorie del medico austriaco Sigmund Freud (1856-1939) promuove ulteriormente il parziale affrancamento della disciplina psichiatrica dall'ambito prettamente organicista⁶⁰. Tendono a definirsi veri e propri indirizzi: accanto al pensiero psicoanalitico, il filosofo tedesco Karl Jaspers (1883-1969) con la psicopatologia generale, fenomenologica, cerca di spiegare i sintomi psicopatologici come li vive il malato sforzandosi di prescindere da teorie e da schemi preesistenti⁶¹. Si arriva quindi alla psichiatria interpersonale e a quella sociale, nelle quali si valorizzano e si intendono obiettivare il rapporto relazionale e sociale e il loro peso nello sviluppo della vita psichica individuale⁶².

Erich Fromm (1900-1980), psicoanalista neofreudiano con tendenze umanistiche, influenzato dal pensiero marxista, si pone il problema della relazione fra l'uomo e

⁶⁰Vd. Freud S., 1974, *Opere 1912-14*, Vol.8 Torino, Boringhieri.

⁶¹ Cfr. Foucault M., 1997, *Malattia mentale e psicologia*, a c. di Polidori F., Milano, Raffaello Cortina, pp. 18-20.

⁶² Cr. *ivi*, pp. 32-34.

la società; Harry Starck Sullivan (1892-1949), prima ufficiale dell'esercito americano, quindi docente di psichiatria a Washington durante la seconda guerra mondiale, focalizza il concetto di malattia mentale sulle relazioni interpersonali fra individui⁶³; gli psichiatri britannici Ronald D. Laing (1927-1989) e David Cooper enunciano teorie sul concetto di violenza, che talora l'individuo è costretto a vivere nel contesto socio-culturale, non ultima quella che gli verrebbe imposta con la terapia psicofarmacologica, gettando così le basi dell'antipsichiatria⁶⁴.

Nel *Manuale critico di psichiatria* Giovanni Jervis sottolinea come "con il nome generico di "antipsichiatria" venissero identificate nel decennio '60-70 una serie di tendenze che ponevano in discussione tutti i dogmi della "scienza" psichiatrica tradizionale"⁶⁵.

⁶³ Cfr. *ivi*, pp. 56-58.

⁶⁴ Cfr. Cooper D., *Psichiatria e antipsichiatria*, Roma, Armando, pp. 7-31.

⁶⁵ Jervis G., 1991, *Manuale critico di psichiatria*, Milano, Feltrinelli, p. 12.

Mentre le forme precedenti di antipsichiatria avevano interessato per lo più solo marginalmente gli specialisti, a partire dagli anni 1960 si è sviluppato un movimento antipsichiatrico che coinvolge ampiamente anche addetti ai lavori. Questo movimento, sorto nei paesi anglosassoni, si diffonde progressivamente in tutto l'Occidente dove, pur facendo riferimento ad alcuni autori comuni come Ronald David Laing (1927-1989), David Cooper e Thomas Stephen Szasz, assume forme diverse nei diversi paesi, a seconda delle tradizioni psichiatriche e delle condizioni dell'assistenza nel settore.

Questo sviluppo ha senz'altro numerose cause:

- a partire dagli anni 1950 sono introdotti nella terapia psichiatrica nuovi psicofarmaci, che in certi casi consentono per la prima volta di agire efficacemente contro i sintomi delle più gravi malattie mentali. Queste nuove terapie aprono possibilità di cura fino ad allora inimmaginabili, e ciò comporta una trasformazione radicale della strategia terapeutica, del ruolo di tutti i terapeuti e anche una nuova

organizzazione degli istituti di cura, ospedali psichiatrici compresi;

- l'organizzazione psichiatrica esistente non era nella situazione migliore per affrontare questa trasformazione, in parte per ragioni presenti in diversi paesi, ma anche per motivazioni tipicamente italiane, raramente prese in adeguata considerazione anche se Jervis sostiene che un'istituzione come il manicomio era un "centro di potere molto rilevante nell'equilibrio della comunità locale, oltre che un campo di manovre clientelari e un serbatoio di voti"⁶⁶.

L'amministrazione dei manicomi non aveva sempre avuto come obiettivo primario l'assistenza agli ammalati: "È significativo, a questo proposito prosegue Jervis, che moltissimi manicomi abbiano un numero enorme (talora superiore a quello del personale addetto a compiti di custodia e curativi) di impiegati e di dipendenti che

⁶⁶ Ivi, p. 17.

svolgono compiti marginali o parassitari e ciò si spiega - ma solo in parte, col clientelismo delle assunzioni"⁶⁷.

Il movimento antipsichiatrico denuncia l'arretratezza e il disservizio dell'assistenza psichiatrica, non si limita però a chiederne un adeguamento, ma pretende un mutamento radicale nell'approccio al problema, per esempio con l'applicazione di categorie sociologiche nella diagnosi delle malattie mentali⁶⁸.

Un punto importante è l'interpretazione della malattia mentale come devianza, come sottolinea Jervis: "La follia è anzitutto un giudizio di devianza; in pratica è il nome che si dà a certe violazioni delle regole del vivere sociale"⁶⁹.

La diagnosi psichiatrica non avrebbe un valore scientifico, ma dipenderebbe da categorie socioculturali ed etichetterebbe le persone non corrispondenti a un determinato modello sociale secondo i passaggi: deviante, non normale, anormale, malato. Alla psichiatria

⁶⁷ Cfr. *ivi*, p. 18-21.

⁶⁸ Cfr. *ivi*, pp. 69-71.

⁶⁹ *Ivi*, p. 72.

spetterebbe quindi una funzione organica al "sistema": farsi carico dei devianti, provvedere al loro ricupero, al loro reinserimento sociale e, nel caso non fosse possibile, garantire la loro esclusione per mezzo dell'istituzionalizzazione. Questi concetti vengono spesso integrati in una concezione marxista, per cui la malattia psichica è conflitto psichico, ripercussione di contraddizioni e di tensioni sociali. Come secondo Karl Marx (1818-1883) la storia è storia della lotta di classe, così, per una psichiatria di orientamento marxista, la storia del malato è una storia di oppressione⁷⁰.

Quindi, secondo lo psichiatra Franco Basaglia, "l'unica possibilità che ci resti è di conservare il legame del malato con la sua storia - che è sempre storia di sopraffazioni e di violenze - mantenendo chiaro da dove provenga la sopraffazione e la violenza"⁷¹.

Nella prospettiva dell'antipsichiatria questa storia di violenza comincia all'interno della famiglia per proseguire

⁷⁰ Cfr. *ivi*, p. 70.

⁷¹ Basaglia F., Basaglia F. (a c. di), 1980, *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, p. 33.

nella scuola e nella fabbrica: "La famiglia nucleare è la macchina che costantemente fabbrica e riproduce forza-lavoro, sudditi consumatori, carne da cannone, strutture di ubbidienza al potere; e anche nuovi individui condizionati in modo tale da ricostituire nuove coppie stabili, procreare altri figli, ricreare altre famiglie, e così perpetuare il ciclo. [...] Gran parte dei disturbi mentali nascono proprio da queste contraddizioni; la famiglia contemporanea, nel momento stesso in cui comincia a non funzionare più, continua a fabbricare e condizionare dei bambini che le si rivolteranno contro, o che non riuscendo a rivoltarsi diventeranno nevrotici o psicotici; oppure cittadini conformisti, scontenti della loro mortale ubbidienza, mediocrità e normalità"⁷².

Mentre nell'America Settentrionale e in Israele l'antipsichiatria, sostenuta soprattutto da studiosi delle scienze sociali, cerca di realizzare più pragmaticamente con il trattamento farmacologico un'azione di recupero e cioè di reintegrazione dell'individuo in seno alla società,

⁷² Jervis G., 1991, pp. 96-97.

in Italia, durante gli anni 1970, si propone un vero e proprio processo alla società "borghese", ritenuta alienante e patogena, con inevitabile trasferimento del problema psichiatrico sul terreno politico, mediante un appello alla partecipazione e alla responsabilizzazione di tutti i cittadini e, in alcuni proclami antipsichiatrici, alla contestazione aperta e talora violenta del cosiddetto "sistema"⁷³.

Si assiste così a un "forte dibattito" fra i diversi orientamenti, talvolta vicini altre volte distanti e contraddittori dell'antipsichiatria, di cui è testimonianza esemplare il tentativo di linciare l'esponente di spicco dell'antipsichiatria italiana Franco Basaglia (1924-1980), verificatosi a Trieste, nel settembre del 1977, da parte degli autonomi di un gruppo che si denomina *Marge* (dal francese, "margine"), i cui componenti si definiscono "ex

⁷³ Cfr. Colucci M., 1999, *Sulla legge 180 - Dialogo con Franco Rotelli*, in «Aut Aut», 285-286 (1998), pp. 63-67.

delinquenti, emarginati, folli, prostitute" e vogliono fare della marginalità una "coscienza nuova"⁷⁴.

L'antipsichiatria accusa la scienza ufficiale di concentrare la propria attenzione sulla malattia individuale e sulle sue basi biologiche, trascurando l'origine sociale dei disturbi psichici. La pratica psichiatrica sarebbe quindi antiterapeutica in quanto i ruoli psichiatra-paziente riprodurrebbero in forma nuova i rapporti di potere e di sopraffazione alla base dei disturbi da curare.

A tale proposito sottolinea Basaglia, "Il nuovo psichiatra sociale, lo psicoterapeuta, l'assistente sociale, lo psicologo di fabbrica, il sociologo industriale (per non citarne che alcuni) non sono che i nuovi amministratori della violenza del potere, nella misura in cui (ammorbidendo gli attriti, sciogliendo le resistenze, resolvendo i conflitti provocati dalle sue istituzioni) non fanno che consentire,

⁷⁴ Cfr. Della Pietra F., 2002, *Riforma Basaglia: il dibattito è aperto*, in «Il Manifesto», 23 ottobre 2002, p. 11.

con la loro azione tecnica apparentemente riparatrice e non violenta, il perpetuarsi della violenza globale"⁷⁵.

L'antipsichiatria auspica che lo psichiatra rifiuti il proprio ruolo, sottolinei l'origine sociale dei disturbi psichici e s'impegni nell'eliminazione delle contraddizioni sociali e quindi per la trasformazione della società: sempre secondo Basaglia si deve "[...] continuare a minare - ora attraverso la comunità terapeutica, domani attraverso nuove forme di contestazione e di rifiuto - la dinamica del potere come fonte di regressione, malattia, esclusione e istituzionalizzazione a tutti i livelli"⁷⁶.

L'antipsichiatria ha denunciato senz'altro a ragione la scarsa attenzione di alcuni indirizzi psichiatrici verso i fattori sociali coinvolti nell'insorgere di malattie psichiche e rilevanti per il loro decorso, ma ha portato a eccessi e all'ideologizzazione del problema della malattia mentale. Per esempio, non è accettabile il concetto molto vago di

⁷⁵ Basaglia F. - Basaglia Ongaro F., 1975, *Crimini di pace : Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Torino, Einaudi, p. 68.

⁷⁶ Basaglia F., 1968, *L'Istituzione negata : rapporto di un ospedale psichiatrico*, Torino, Einaudi, pp. 19-20.

violenza come trauma all'origine di disturbi psichici, che, nel caso della famiglia, può indicare non solo violenze vere e proprie, come abuso sessuale o maltrattamenti, ma anche solo l'educazione impartita da genitori che svolgono seriamente la loro funzione. La famiglia in sé diventa, in questa prospettiva, un'"istituzione della violenza"⁷⁷.

Il sospetto di fondo nei confronti della pratica e della terapia psichiatriche non permette la progettazione di strutture atte alla cura e alla riabilitazione di malati psichici, in quanto un intervento di questo tipo viene considerato una forma di esclusione, di colpevolizzazione e di punizione del paziente.

Nell'ambito dell'antipsichiatria italiana, Giuseppe Bucalo, in Sicilia è sostenitore del movimento antipsichiatrico italiano (è lui il promotore della "Federazione Antipsichiatrica Italiana"), si interroga sulla malattia mentale, sulla sua natura e sull'ipotesi dell'esistenza di

⁷⁷ Cfr. Basaglia F., 1968, *L'Istituzione negata : rapporto di un ospedale psichiatrico*, Torino, Einaudi, pp. 111-112

un processo patologico che altera il funzionamento del cervello che la psichiatria considera una nozione acquisita⁷⁸. Non ci sono, a tutt'oggi, prove certe dell'esistenza, la natura e le cause di questo processo. Eppure gli psichiatri continuano a trattare la malattia mentale come un 'fatto' e ad imporre su persone non consenzienti ogni sorta di 'terapie'⁷⁹.

Bucalo sottolinea l'utilizzo di pratiche come l'elettroshock, la lobotomia, lo shock insulinico, la piritoterapia, gli psicofarmaci, la psicoterapia come strumenti di cura che si risolvono però in 'esperimenti' su cavie umane viventi, non informate e spesso non consenzienti. Con questi 'esperimenti' la psichiatria tenta di capire cosa fa e cosa è inutile fare. La 'logica' è la stessa del bambino che distrugge il giocattolo per vedere come è fatto e come funziona. Non si tratta solo di una metafora: "La psichiatria considera le sue cavie alla stregua di cose o, nel migliore dei casi, "animali da

⁷⁸ Cfr. Bucalo G., 1996a, *La malattia mentale non esiste - Antipsichiatria: istruzioni per l'uso*, Nautilus, Palermo.

⁷⁹ Ivi, p. 13.

laboratorio". Nei suoi esperimenti sacrifica tranquillamente le loro esistenze che considera non vite devastate dalla malattia. Avendo 'perso la testa' non resta loro nient'altro da perdere. Possono essere immolate. Possiamo provare a sezionare chirurgicamente il loro cervello per cercare il centro della follia. La chiamano lobotomia, si tratta di sperimentare se asportando parti del cervello di un uomo, questi, cominci ad assomigliare allo psichirurgo che lo ha operato al punto di ringraziarlo di questo intervento. Migliaia di persone sono state distrutte così. Ridotti a vivere come vegetali per permettere agli psichiatri di 'sperimentare' le loro teorie e dimostrare l'esistenza della 'malattia' che dicevano di curare. Migliaia di esseri umani non consenzienti, che hanno gridato, si sono divincolati, hanno graffiato, morso, dato pugni e calci fino all'ultimo istante, disperate e impotenti"⁸⁰.

Dopo decenni la psichirurgia viene sostituita dagli psicofarmaci, ultima frontiera del controllo che diviene

⁸⁰ Ivi, pp. 55-58.

ora "chimico", ma resta pur sempre una forma di coercizione. Non a caso si sono creati dei dissensi tra gli operatori di matrice "basagliana" che pure giustificano l'uso dei farmaci anche se in maniera blanda e in determinati casi, e il rifiuto del loro utilizzo da parte del movimento antipsichiatrico che partendo da Antonucci, Bucalo, attraversa l'esperienza di Coppola e del Telefono Viola.

Ancora Bucalo, sottolinea l'illusorietà del confine che la psichiatria cerca di tracciare fra persone sane e persone malate: la malattia mentale viene presentata così come una sorta di ammutinamento in cui la nostra testa comincia a ragionare da sola.

Ipotesi suggestiva e per Bucalo "arbitraria": "di volta in volta, infatti, lo psichiatra deciderà se e in che misura una persona sappia quello che dice, sappia quello che fa, pensi quello che dice. Sarà malata quando dirà di essere sana e sana quando accetterà di essere malata. Sarà sano quando converrà di aver bisogno di cure e malata

quando affermerà che le cure a cui la sottopongono sono in realtà torture e i medici aguzzini"⁸¹.

La dicotomia di fondo è innegabile: chi si scandalizza della violenza manicomiale e riconosce al contempo l'esistenza della malattia mentale e l'esigenza di una sua cura, si trova in un vicolo cieco.

Se esiste qualcosa come la malattia mentale che sconvolge la mente e i comportamenti dell'individuo, dovrà esistere qualcosa come la psichiatria che la isoli e la controlli. Non solo. Ci sarà bisogno che la psichiatria si sostituisca alla persona malata che, in quanto tale, è incapace, decidendo della sua esistenza, dei luoghi in cui vivere, divertirsi, delle persone giuste da incontrare, dei libri giusti da leggere, delle cose giuste da comprare, del numero di sigarette da fumare e così via dicendo.

⁸¹ Ivi, p. 88.

2.3 Coppola e Antonucci: l'antipsichiatria come approccio non-psichiatrico

L'aspetto composito e per certi aspetti caotico presentato dalla psichiatria contemporanea, sopra osservato, (e denunciato da più parti) può essere considerato come l'espressione inevitabile della complessità del suo compito vocazionale: la cura della sofferenza psicopatologica dell'uomo, della mente umana, della persona.

Pertanto non esiste un unico sistema teorico all'interno del quale sia possibile elaborare un solo modello interpretativo del disturbo psichico, che colpisce i diversi individui; si danno invece numerosi indirizzi e prospettive, talora difficilmente conciliabili fra loro, atti, per le loro peculiarità metodologiche, a esplorare o a spiegare aspetti del comportamento umano, che peraltro spesso tende a riprodursi nella patologia mentale con sorprendente somiglianza e che, nelle singole patologie, mostra spesso decorsi sovrapponibili in individui anche fortemente diversi fra loro.

Quando in medicina si smarrisce la consapevolezza dei limiti di ogni teoria conoscitiva e, abbandonando la realtà psicosomatica, si persegue, in omaggio a un'assolutizzazione ideologica, la pretesa di ricondurre, in modo riduttivo, la malattia mentale a uno solo di questi approcci, si determinano totalitarismi terapeutici, terrificanti distorsioni di quadri psicopatologici, semplificazioni erronee di sentimenti umani e affermazioni infondate, poi ridicolizzate dalla realtà storica.

Alessio Coppola, fondatore del Centro di Ecologia Umana di Legambiente e dell'esperienza del Telefono Viola (che andremo meglio ad osservare nel capitolo successivo) e Giorgio Antonucci, collaboratore di Franco Basaglia nel 1969 e dal 1973 in prima linea nello smantellamento dei reparti manicomiali di lungodegenti negli istituti di Imola costituiscono, anche e soprattutto all'esperienza comune del Telefono Viola, l'espressione più avanzata del movimento antipsichiatrico italiano come approccio "non psichiatrico" alla malattia mentale. Per questo motivo ho

ritenuto opportuno presentare la loro riflessione sulla malattia mentale attraverso le loro stesse parole, intervistando entrambi⁸².

Il rapporto che Alessio Coppola instaura tra l'Ecologia Umana e la malattia mentale è debitore dell'ideologia di fondo della disciplina: "La nostra Ecologia Umana è legata essenzialmente a una visione delle essenze umane, quasi fisica. Per me l'Ecologia Umana è un rapporto di dignità, di inclusione con qualsiasi forma di differenza. L'Ecologia Umana è la tutela della differenza biotipica umana. Ognuno è biotipo dell'altro. La differenza fra le persone è enorme. È il fattore di ricchezza della specie".

In questo senso va inteso perciò "il concetto ecologico che unisce l'Ecologia Umana e l'ecologia naturale, delle essenze, delle diversità, della ricchezza della diversità della specie, non solo della specie naturale, ma anche della specie umana. Nasce, così, un parallelo fortissimo:

⁸² L'intervista con Alessio Coppola è avvenuta a Roma il 18 novembre 2004, quella con Antonucci, il 9 maggio 2005 a Firenze; le interviste verranno riportate per intero nell'appendice del presente lavoro.

come va tutelata la biodiversità delle essenze naturali, così va tutelata, attivamente tutelata, non solo difesa passivamente, la differenza all'interno della specie umana, degli individui, delle individualità. Questo è importante perché dalla difesa delle individualità come specie, come garanti della ricchezza della specie viene fuori anche la difesa contro l'omologazione psichiatrica, contro la catalogazione dei comportamenti in base a concetti astratti, proprio perché ogni comportamento è un individuo".

L'Ecologia Umana non si offre dunque come un movimento di valorizzazione puramente concettuale della diversità, ma come una pratica concreta, una sorta di "alternativa eco-antropologica", non-psichiatrica del CEU: da questa esperienza nasce uno strumento a difesa dei diritti dei soggetti in ambito psichiatrico, dei cittadini in ambito psichiatrico, perché tutti possono cadere sotto le pratiche sopra denunciate della psichiatria.

Tale approccio è anche il risultato dell'incontro con Giorgio Antonucci: "È con lui che si definisce meglio

questo approccio non come «antipsichiatrico», ma come «non-psichiatrico». Facevamo rilevare entrambi nella riflessione reciproca che questo “anti” generava specularità e cose omogenee, per cui poi non ne uscivamo".

Il rifiuto stesso dell'antipsichiatria si basa sulla considerazione che Basaglia non era antipsichiatra, né lo è Antonucci, perché "l'antipsichiatria è una corrente comunque della psichiatria, l'antipsichiatria inglese con Cooper, Laing. Sia Laing che Cooper si rifanno a un viaggio misterioso nella mente della persona. Fanno vedere questa psicanalisi come un viaggio dove loro sono gli autisti, gli esploratori che sanno andare nella mente".

Coppola segnala come l'esperienza condivisa con Antonucci si basa proprio sul non riconoscimento né in una corrente antipsichiatrica, né in un anti-istituzionalismo psichiatrico come quello di Basaglia, laddove "essere anti-istituzionale significa essere contro il manicomio, contro la forma chiusa della cura, non contro la forma aperta della cura".

Il dissenso con queste identificazioni si basa sul concetto stesso di "cura", poiché se si riconosce la cura psichiatrica si implica, più o meno, un tipo di reclusione, o concettuale, o mentale, o di reclusione, o farmacologia. L'anti-istituzionalismo è riconosciuto perciò come un approccio sociologico al problema psichiatrico, contro il manicomio come istituzione, come pareti, ma non riesce a contrastare fino in fondo (se non nella sua premessa ideologica) la logica manicomiale che è quella della non accettazione delle differenze individuali all'interno delle normalità, ma comunque all'interno di una separazione tra normale e anormale.

Se si parte dal presupposto che la persona malata di mente non deve essere curata all'interno di una istituzione manicomiale, ma deve essere comunque curata da qualche parte perché è malata, si identifica automaticamente la persona con la malattia, a sua volta connessa con una sua anormalità necessitante una forma di segregazione sia pure a scopo terapeutico e non necessariamente totalizzante: "resta il fatto però che alla

fine non si supera la manicomialità se non si supera la logica manicomiale e, quindi, la psichiatria, in quanto fondata su un concetto di malattia mentale che è tutto da verificare. Questo è il problema".

Anche per questo, Coppola riconosce nel TSO il manicomio odierno, semplicemente sotto una diversa forma. Il manicomio non è costituito solamente dalle mura, ma dalla privazione della libertà per il trattamento. Questo è ciò che porta a denunciare la chiusura dei manicomi sono in apparenza: si è trattato solamente di un cambiamento dimensionale, "da una situazione più carceraria, muraria ad una dimensione più piccola e decentrata sul territorio. Io lo chiamo "terricomio"

Per Antonucci, se la follia non esiste come condizione etichettabile con diagnosi o, peggio, trattabile con massicce dosi di farmaci o elettroshock, è però altrettanto vero che esiste il disagio. Ma questo nulla ha a che fare con la struttura del cervello. Per lui la vera follia è l'ondata biologistica e tecnicistica che con farmaci o psicoterapie sempre più sofisticate pretende di dare

risposte definitive a una sofferenza che è parte della vita. Semmai, compito del terapeuta è stare accanto alla persona che soffre e cercare insieme a lei di capirne il motivo, per aiutarla a star meglio.

Del resto lo stesso Antonucci riconosce l'inizio della sua opera nel campo della malattia mentale non tanto (o non soltanto) come esperienza di de-istituzionalizzazione dall'interno dell'istituzione stessa, quanto come tentativo di scardinamento dell'ideologia che etichettava il disagio mentale come una situazione personale che doveva essere manicomializzata per essere curata: "Io non ho iniziato nelle istituzioni, ma fuori dalle istituzioni qui a Firenze. Mi sono occupato di evitare alle persone di essere internate. O di evitare alle persone di essere sottoposte a trattamenti psichiatrici. Tutte e due. Cioè io ho cominciato non solo contro le istituzioni, ma anche contro l'interpretazione psichiatrica nelle vicende delle persone che finiscono per trovarsi in questi guai. Ho cominciato con una persona che ho conosciuto proprio vicino casa mia. Andando verso Fiesole, c'era l'Istituto di

Psicosintesi, c'è ancora, ma allora era quello del suo autore Roberto Assagioli, che abitava lì, aveva lì il suo studio e una sala per gli incontri. Un amico medico che sapeva che mi interessavo anche di problemi psicologici, mi disse che c'era questo dottor Assagioli che faceva delle riunioni di domenica e mi disse che io potevo andarci perché forse mi interessavano".

Parlando con Giorgio Antonucci di questa esperienza, sono emersi dei casi "emblematici", uno tra tutti quello di una paziente che aveva subito più ricoveri per mania di persecuzione, e per questo credo che possa essere interessante riportare l'intero racconto del professore: "Elena aveva, secondo la definizione classica, il delirio di persecuzione perché non andava d'accordo coi vicini, certi periodi non li sopportava allora la mandavano in clinica, la tenevano un po' lì, la riempivano di psicofarmaci e la rimandavano a casa. Allora io chiesi al dottor Assagioli, che già mi aveva detto che secondo lui ero capace di interessarmi di problemi psicologici, di darmi tempo almeno quindici giorni senza mandarla in

clinica. Poi andai a parlare con Elena, che abitava qui vicino al quartiere Le Cure. Lei mi spiegò tutti i problemi che aveva con i vicini. Tra l'altro lei abitava da sola e ad una certa età, una donna sola si impauriva facilmente, naturalmente. Aveva qualche problema con i vicini e si era spaventata. Allora io parlai con lei e le dissi che la volevano ricoverare e lei mi raccontò che già tre volte le avevano dato questa umiliazione e che naturalmente non era d'accordo. Ci andava perché aveva un gran rispetto del dottor Assagioli che era il suo maestro. Di malavoglia, ma ci andava, poi ci stava male e si lamentava. Io le dissi che si sarebbe discusso anche con i vicini su quali erano i problemi. Discussi con i vicini e tornai dal dottor Assagioli e gli dissi che non andava ricoverata, perché non c'era niente per cui doveva essere ricoverata. C'erano solo dei problemi reali che dovevano essere risolti. Se poi di fronte a dei problemi reali, gli dissi, una persona si spaventa e magari ci aggiunge anche qualcosa di immaginario io non ci vedevo niente di strano. Questa fu

la prima persona che io salvai dal trattamento psichiatrico e dall'internamento".

La frase che più mi ha colpito del racconto di Antonucci è quella che parla di "problemi reali", cui si erano aggiunti dei problemi immaginari per motivazioni legate alla paura, allo stato di ansia e tutto ciò che ad questo poteva collegarsi: in questo senso il disturbo psichiatrico viene precisamente riconosciuto nelle sue cause immediate. È come se volessimo curare con la stessa pastiglia due persone che soffrono di mal di pancia: solo che nel primo caso si tratta di dolori mestruali di una donna, nel secondo caso di gastrite nervosa, il mal di pancia può somigliare, forse, ma per curare le due persone bisogna capire ciò che è alla radice del sintomo patologico.

Per questo ho chiesto al professor Antonucci, in quanto medico, se da un punto di vista organicistico, esiste qualche prova scientifica del fatto che il cervello si ammala e si modifica organicamente, e la sua risposta è stata categorica: "No, assolutamente, non ce n'è nessuna. Gli psichiatri organicistici se lo inventano. Lombroso

diceva che ci sono delle persone che sono fisicamente diverse dalle altre, addirittura per la forma del cranio o della fisionomia. Con questo faceva sia il discorso psichiatrico, sia il discorso delle razze diverse". Ed in questo viene confermato il concetto sopra richiamato: la base reale e personale che porta al disagio psichico, e non il contrario (il disagio che è parte integrante e biologica della persona e per questo la identifica come malata).

Per questo la sofferenza non deve essere identificata con una malattia: "se io sento un dolore allo stomaco, il dolore è un segnale che mi dà l'organismo, perché potrei avere l'infarto, l'ulcera, la gastrite o qualche altra malattia, in questo caso il dolore è l'indicazione allora io vado dal medico per sapere cosa succede [...] Lo stesso è la sofferenza psicologica, se mi muore una persona cara non è che mi ammalo, ma sto male perché ho perduto una persona a me cara. E questo è il segnale che nella mia vita spirituale, umana è successo qualcosa che è contrario alla mia sensibilità. Quando gli psichiatri dicono che una persona sta male, certo che sta male, ma

sta male quando ha qualcosa di fisico che non va, sto male perché ho un tumore che sta andando avanti dentro di me e non lo so, allora sto male fisicamente, oppure sto male moralmente. Tutto questo non c'entra niente con la malattia mentale, assolutamente".

Per questo motivo Antonucci, seguendo il pensiero di Szasz, afferma che "la malattia mentale non esiste": occorre uscire dalla concezione medico-psichiatrica della sofferenza psichica per riconoscerne l'essenza stessa di sofferenza individuale. Ecco allora che può e dovrebbe intervenire un approccio ad essa più complesso, non dimentico dell'uomo che soffre, dell'umanità con il suo portato di esperienze individuali e collettive, culturali, sociologiche, affettive. Per questo può essere utile recuperare al disagio psichico un approccio antropologico: "l'antropologo in quanto studioso dell'uomo in tutti i suoi aspetti è quello che può capire l'uomo in tutte le sue vicende e i suoi problemi in rapporto con gli altri".

Proprio per questo credo sia importante relativizzare le cose, laddove per "relatività" intendo allargare la propria visione delle cose, del tempo, del mondo, alle visioni altrui e così trasformare il relativo, cioè quello che è l'uomo e la vita, in arricchimento reciproco. Non è una teoria filosofica, è solo un modo di rapportarsi all'altro. In questo l'antropologo riesce a capire la complessità, invece, lo psicologo categorizza e trovo conferma in questo anche in Antonucci che afferma, infatti, che "Lo psicologo è troppo limitato", laddove "l'antropologo sa che lo sciamano se ha delle visioni queste visioni sono un suo vantaggio, invece da noi, se uno ha delle visioni lo sbattono in manicomio". Franca Romano si chiede quando l'antropologia e l'antropologo potranno a pieno titolo avere un ruolo accanto a figure come lo psicologo o lo psichiatra, perché sanno meglio relazionarsi di fronte alla complessità dell'animo umano: "Riusciranno le scienze umanistiche a trovare un legittimo spazio nei luoghi dove si curano le sofferenze dell'anima?⁸³".

⁸³ Cfr. Romano F., 2001, *I folli*, Roma, Meltemi, pag. 90.

L'umanità del soggetto che soffre è dunque il fulcro del problema: riconoscerla può significare cambiare approccio con la "malattia mentale" e finalmente giungere alla radice del problema.

CAPITOLO III

IL TELEFONO VIOLA:

UN'ESPERIENZA NON-PSICHIATRICA

3.1 Malattia e disagio mentale

"Cominciai a capire che la medicina non funzionava quando entrai negli ospedali e mi accorsi che le relazioni con i vivi sono condotte con la stessa indifferenza che si ha verso i morti. E scoprii che la nostra medicina è un intervento sull'oggetto da accomodare"⁸⁴.

Non esistono prove che la follia sia una malattia in senso medico proprio, cioè nel senso di tessuti del corpo, del cervello, danneggiati, anzi è ormai certo che non vi corrisponde alcun deterioramento in tal senso⁸⁵.

Nel linguaggio corrente⁸⁶ si intende per "cervello", l'insieme degli organi nervosi contenuti nella scatola

⁸⁴ Antonucci G., 1999, *Le lezioni della mia vita - La medicina, la psichiatria, le istituzioni*, Milano, Spirali, p.11.

⁸⁵ Cfr. Valenstein E.S., 1998, *Blaming the brain - the truth about drugs and mental health*, New York, The Free press.

⁸⁶ Sul piano strettamente anatomico, il cervello rappresenta "la porzione principale dell'encefalo, formata dagli emisferi cerebrali" e "costituisce la porzione più voluminosa dell'intero sistema nervoso

cranica e deputate alle funzioni nervose superiori, che non si identificano univocamente con la facoltà di pensiero, ovvero con le facoltà intellettive umane nel loro complesso che ancora nel linguaggio comune vengono identificate nella "mente". La mente è dunque un'astrazione, quanto l'anima e se quest'ultima veniva dapprima collocata "fisicamente" nel cuore, ora viene più astrattamente identificata con le facoltà intellettive e con la capacità di provare sentimenti ed emozioni, la mente continua ad essere collegata "fisicamente" al cervello ed al sistema nervoso in genere.

La mente umana viene allora concepita come un organo a se stante e spesso confusa con il cervello, e come qualsiasi altro organo suscettibile di un buon funzionamento (mente sana) e di un cattivo funzionamento (mente preda di patologie).

A partire da questa riduzione logica, la cura della malattia mentale diviene lo strumento per attuare

centrale"; AA.VV., 1994, *Enciclopedia Generale Mondadori*, Milano, Mondadori, p.265.

qualsiasi tipo di "sforzo" terapeutico sul corpo del paziente per curarne la mente identificando il disagio mentale in una malattia e, come tale, curabile con opportuni interventi concreti (fisici o fisiologici).

Il disagio psichico, in Italia, riguarderebbe 10.000.000 di persone e coinvolgerebbe una famiglia su due, almeno un quinto dell'intera popolazione nazionale⁸⁷.

Il 70% degli ammalati sarebbero donne, anche molto giovani, visto che proprio nella adolescenza su 228.000 ragazzi ammalati 204.000 sono femmine. In generale sono individui colpiti da disturbi e malesseri di vario genere: il 37,8% ha disturbi della sfera affettiva, il 37,2% soffre d'ansia, il 5,8% somatizza il dolore psichico in varie malattie, il 3,6% non controlla i propri impulsi, il 3,5% presenta disturbi del sonno. Sofferenze di vario genere e intensità che hanno un enorme costo sociale ed economico⁸⁸.

⁸⁷ Cfr. Rinaldi L. (a c.di), 2003, *Stati caotici della mente : psicosi, disturbi borderline, disturbi psicosomatici, dipendenze*, Milano, Cortina, pp. 19-22.

⁸⁸ In Italia, infatti, ogni anno si spendono 314 miliardi in antidepressivi e 294 miliardi in antipsicotici, e ancora altri 412

Ancora più inquietanti sono i dati che riguardano i suicidi. Complessivamente nel 1999 i suicidi sono stati 3.000, mentre i tentativi di suicidio 3.400. In lieve calo rispetto al 1998 quando i suicidi erano stati 3.500 e altrettanti i tentativi: a ricorrere a questo gesto estremo di disagio sono nel 35% ultra sessantacinquenni, il 29% adulti tra i 45 e i 64 anni e nel 7% giovani tra 17 e 24 anni⁸⁹.

In questo quadro, le persone "malate" di mente finiscono sui giornali o nei telegiornali solo quando sono protagonisti (soggetti od oggetti) di fatti di cronaca (quasi sempre nera).

La "malattia" mentale viene identificata così in una patologia e pertanto "giustificata". Altro discorso va fatto nel momento in cui l'origine di comportamenti "anormali" viene riportata ad una condizione di "disagio mentale": il

miliardi in medicine che attutiscono disagi psichici. In totale una cifra pari al 10% dell'intera spesa sanitaria nazionale. Se si considera che la cura del cancro arriva al 6% delle risorse e la lotta alle patologie cardiovascolari raggiunge l'11%, si può valutare la grandezza della cifra dedicata alle "malattie" della mente. Cfr. *ibidem*.

⁸⁹ Cfr. Fiorillo G.P. - Cozza M., 2002, op. cit., pp. 77-84.

disagio non coincide con la patologia, né con la malattia *tout court*, ma è l'espressione di una difficoltà di adattamento più complessa che riguarda tanto chi ne soffre, quanto chi e cosa entra in relazione con questo.

E nonostante i progressi fatti dalla medicina e dalla riforma il disagio psichico è in aumento, specie fra gli adolescenti e i giovani. Durante il Congresso della Società italiana di Psicopatologia tenuto a Roma, che ha individuato un fenomeno in sensibile crescita, quello dei disturbi "bipolari" che consistono in frequenti e repentini sbalzi d'umore che a lungo andare danneggiano non solo la sfera delle relazioni sociali, ma anche quella della salute psichica. La differenza tra "disturbo" e "malattia" è molto importante da un punto vista concettuale e da un punto di vista pratico per le implicazioni connesse: il disturbo è una deviazione non necessariamente fisica, ma la malattia è una compromissione fisica o fisiologica più o meno temporanea. Nel disagio annegano varie forme di male e malati: dai disturbi del comportamento alle crisi di panico, dall'ansia alla depressione, dalle psicosi alla

schizofrenia. Un calderone di varia entità, gravità, intensità⁹⁰.

L'OMS restringe la malattia mentale a quelle patologie di esclusiva competenza psichiatrica. Massimo Cozza è coordinatore della Consulta Nazionale di Salute Mentale, componente dell'Osservatorio sulla Tutela della Salute Mentale del Ministero della Sanità. Spiega Cozza: "Le patologie gravi riconosciute a livello internazionale sono la schizofrenia e le psicosi maniaco depressive. Sono i due poli forti della malattia mentale. Per malattia mentale dobbiamo usare un criterio che selezioni fortemente il livello di disagio. Quando questo provoca un'invalidità e un'impossibilità a vivere in maniera accettabile il proprio disagio si hanno le patologie gravi o gravissime"⁹¹.

Conferma lo psicoterapeuta Giampiero Di Leo, vicepresidente della Fenascop, che rappresenta 150 comunità terapeutiche in tutta Italia (Federazione

⁹⁰ Al punto che molti contestano le cifre ufficiali del Ministero sottolineando che nei 10.000.000 sono compresi anche disturbi lievi, ansie non patologiche, riconducibili ai problemi di tutti i giorni. I disturbi più seri, infatti, riguarderebbero non più di 600-700 mila italiani. Cfr. *ivi*, p. 111.

⁹¹ *Ibidem*.

nazionale strutture comunitarie psicosocioterapeutiche): "Le patologie gravi di stretta competenza psichiatrica, cioè trattabili e trattate esclusivamente dai Dipartimenti di salute mentale (D.S.M) riguardano l'uno per cento della popolazione, ma ancora oggi, per avere una diagnosi precisa di queste patologie bisogna riferirsi agli standard psichiatrici stabiliti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, che utilizza quasi esclusivamente criteri psichiatrici e non psicodiagnostici a orientamento psicodinamico"⁹².

Con la chiusura dei manicomi, prevista dalla legge 180, e entrata in vigore molti anni dopo, secondo i dati del Ministero della Sanità al 31 marzo 2000 solo lo 0,5% dei pazienti era ancora in ospedale. Prima della chiusura degli Ospedali psichiatrici erano 78.500. Oggi si calcola secondo il primo censimento nazionale sulle strutture residenziali psichiatriche, realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, che circa 16 mila pazienti psichiatrici siano ospitati in 1.370 strutture residenziali.

⁹² Ivi, pp. 115.

Sono pazienti con età tra i 40 e i 59 anni, il 63% dei quali mai ricoverato in precedenza in un ospedale psichiatrico. Le 1.370 strutture hanno una capienza di 17.000 posti letto, circa 12 posti per ognuna, tre quarti di queste offrono assistenza 24 ore su 24, il 78% è finanziata dal Servizio Sanitario Nazionale, il 10% da Enti locali, il 10% da finanziamenti misti e solo il 2% vive con pazienti interamente paganti⁹³. Il dato più inquietante che si rileva in queste strutture riguarda le dimissioni: nel 1999 un terzo delle strutture non ha dimesso alcun paziente, un terzo ne ha dimessi solo due, e l'ultimo terzo più di due: " Se rimarrà un turn-over così basso" ha spiegato Giovanni di Girolamo, coordinatore del Progetto salute mentale dell'Iss, "e il numero dei malati tenderà a aumentare, sarà necessaria una estensione delle strutture"⁹⁴. O un miglioramento delle terapie riabilitative.

⁹³ Cfr. P.D., 2003, *Corsa ai nuovi manicomi*, in «Il Manifesto», 9 marzo 2003, p. 8.

⁹⁴ Cit. in *ibidem*.

3.2 Il Telefono Viola: un servizio di pubblico interesse

La psichiatria, attraverso trattamenti talvolta intesi come salvifici, altra volte francamente ed esplicitamente coattivi, ha finito con lo svolgere, attraverso i secoli, una funzione anche e soprattutto di controllo sociale. L'utente della psichiatria è una persona che, sovente, è stata sacrificata per l'equilibrio della famiglia, del luogo di lavoro, del contesto culturale della comunità in cui vive e opera. Il prezzo di questo sacrificio non è stato rappresentato, come creduto dai più, dalla malattia mentale in se, ma, piuttosto, dalla cura stessa.

Generalmente, chi si trova ricoverato in manicomio, o in istituti sostitutivi, come sta avvenendo in molte parti del mondo, o nei manicomi criminali, definiti oggi, in Italia, Ospedali Psichiatrico Giudiziari, non ha infranto la legge, ma viene rinchiuso perché considerato affetto da una cosiddetta malattia mentale grave e, soprattutto, i suoi comportamenti sono giudicati inammissibili dalla morale corrente, dal pregiudizio e dal cosiddetto senso comune.

A ben poco serve attaccare il manicomio e l'istituzione psichiatrica, come scrive Giorgio Antonucci⁹⁵, se non si porta un attacco radicale allo stesso giudizio psichiatrico che ne è alla base, mostrandone l'insussistenza scientifica. Finché non sarà abolito il giudizio psichiatrico come tale, la realtà della segregazione continuerà a manifestarsi dentro e fuori le pareti dei manicomi e di qualunque altra istituzione segregativa, anche nelle parole e nelle scelte della gente⁹⁶.

Nel 1991 è stata avviata in Italia un'iniziativa pressoché unica al mondo: un servizio telefonico pubblico d'ascolto e d'assistenza rivolto alla cittadinanza, denominato Telefono Viola:

«Tra i pochi colori rimasti liberi c'era il viola, ma, a pensarci bene, calzava benissimo [...] viola come un fiore che ci dice "non ti scordar di me"⁹⁷. [...] E' un colore marginale. Ma ha il suo profumo caratteristico. Poi anche perché il fiore, la viola, è un fiore che non è facilmente sradicabile, non si può portare da altre parti e in questo c'è il

⁹⁵ Antonucci G., 1986, *I pregiudizi e la conoscenza*, cit., p. 18.

⁹⁶ Cfr. Intervista con Giorgio P. del Telefono Viola di Milano pag. 168.

⁹⁷ Coppola A., *L'esperienza del telefono viola*, in Coppola A. - Antonucci G., 1995, *Il telefono viola - Contro i metodi della psichiatria*, Milano, Elèuthera, p. 42.

discorso dell'internamento e dell'allontanamento dal proprio habitat. Poi il viola è un colore delle donne, le donne tante volte vittime della psichiatria più degli uomini⁹⁸».

Nato come un nuovo strumento della telefonia sociale , il Telefono Viola è la diretta e concreta espressione del CEU (Centro di Ecologia Umana) di Alessio Coppola e dell'esperienza di Giorgio Antonucci: un telefono per chiedere aiuto, un telefono per denunciare gli abusi, un telefono per rispondere a tante voci che gridano nel vento contro la psichiatria costrittiva, denunciando i suoi abusi e le sue violenze.

Si tratta di un servizio offerto da volontari di diverse età e di differenti interessi: studenti, ricercatori, operatori del settore sociale e sanitario, con l'appoggio di alcuni medici, psicologi, avvocati. Tutti, comunque, sensibili alle questioni poste dalle tematiche inerenti la psichiatria e il disagio psichico e sociale spesso all'origine di molte difficili situazioni in tale ambito. Gli operatori del Telefono

⁹⁸ Intervista con l'autrice pag. 126

Viola tengono a sottolineare che il loro impegno si svolge in modo assolutamente volontario e al di fuori di qualunque modalità precostituita di sapere o di competenza professionale, mantenendosi tuttavia sempre attentissimi all'aspetto dei diritti civili⁹⁹.

Il servizio si pone essenzialmente come forma di tutela da qualsiasi tipo di abuso (inteso anche come "cattivo uso"), posto in essere dalla psichiatria, da operatori sanitari e sociali di qualunque livello e ruolo, e anche da singoli individui, familiari, conoscenti, vicini, che intraprendano azioni coattive e limitative della libertà e della dignità di altri richiamandosi, per cultura o per pregiudizio, ai principi coercitivi della pratica psichiatrica:

«Il Telefono Viola è un punto di incontro di tante individualità diverse che hanno in comune la disponibilità a mettere in discussione il giudizio psichiatrico e la volontà di difendere i diritti delle persone psichiatrizzate»¹⁰⁰.

⁹⁹ Cfr., più avanti le interviste riportate nel presente elaborato.

¹⁰⁰ Bermani N., *Riappropriamoci dei sintomi - Riflessioni sul Telefono Viola di Bologna*, in Coppola A. - Antonucci G., 1995, *Il telefono viola*, cit., p. 147.

Le storie raccolte, ci parlano di persone come tante, "normalissime" che in un momento della loro vita si trovano a reagire in un modo anormale a pressioni, traumi, ecc. Il ricovero manicomiale prima, il TSO oggi costituiscono la sola risposta che la società (attraverso le istituzioni) dà a loro, alle loro famiglie ed a sé stessa. L'uso di terapie ancora prettamente manicomiali, l'uso e l'abuso dei farmaci non contribuiscono alla "cura", ma peggiorano lo stato di prostrazione fisica e mentale dei soggetti che vi vengono sottoposti: si riproduce il meccanismo viziato che porta la persona alla perdita totale del proprio diritto di essere umano. La violenza, la sperimentazione, la noncuranza per motivi vari (mancanza di personale qualificato o semplice mancanza di personale, ad esempio) veicolano i soggetti verso la contenzione sempre più totalizzante quanto più i soggetti cercano di ribellarsi ad essa: la ribellione viene vista semplicemente come una dimostrazione ulteriore di follia, e non come la paura della coercizione stessa.

L'ascolto, la terapia in quanto dialogo restano completamente al di fuori della psichiatria accademica: la malattia psichiatrica coinvolge i suoi pazienti.

La salvaguardia e la promozione del senso di responsabilità di ciascuno, nei riguardi delle proprie azioni, dunque di se stesso, e nei confronti dell'altro è il principio che è alla base dell'esperienza del Telefono Viola, laddove le pratiche psichiatriche attuali, soprattutto attraverso la somministrazione massiccia e spesso incondizionata di psicofarmaci, conducono inevitabilmente in una direzione assolutamente opposta.

L'iniziativa di Telefono Viola si esplica infatti attraverso l'ascolto telefonico e il ricevimento nelle sue sedi di chiunque desideri parlare del suo disagio e dei suoi problemi o testimoniare di casi, che lo riguardino direttamente o di cui sia venuto a conoscenza, inerenti abusi che risultino conseguenza diretta o indiretta delle pratiche psichiatriche, laddove:

"la possibilità che alcuni hanno di classificare e internare i propri simili ha come inevitabile conseguenza il manicomio con tutte le sue

particolari e inconfondibili caratteristiche. È inutile parlare di superamento delle istituzioni lasciando immodificata la cultura che le alimenta. Il movimento di Basaglia e dei suoi seguaci, privo di critica alla psichiatria, non ha suggerito prospettive"¹⁰¹.

I trasferimenti forzati dei lungodegenti vengono identificati come procedimenti di liberazione, laddove i ricoveri temporanei dimostrano una sconcertante tendenza alla cronicizzazione (chi ne subisce uno, quasi sicuramente ne subirà altri, anche grazie al primo "precedente"¹⁰²): il telefono viola si offre come una risposta ai dubbi ed alle paure giustificate di chi cerca salvezza da un meccanismo che una volta avviato non "cura", ma stritola l'identità delle persone, ancora una volta manicomializzate, anche se fuori dalle quattro mura della vecchia istituzione cancellata (ma solo nella forma) dalla legge 180.

¹⁰¹ Antonucci G., *Pensieri sulla morale dei costumi*, in Coppola A. - Antonucci G., 1995, *Il Telefono Viola*, cit., p. 24.

¹⁰² Alessio Coppola ricorda a tale proposito l'esperienza di Davide (nome fittizio); cfr. *ivi*, pp. 37-43.

Il Telefono Viola offre, secondo le modalità del counseling anglosassone, informazioni utili sui diritti della persona nei confronti dell'autorità e dell'istituzione sanitaria, sull'azione e sugli effetti collaterali degli psicofarmaci, tratti dai Repertori Farmaceutici ufficiali, e sull'utilizzo più ragionato di questi e di qualunque altra forma di terapia psichiatrica¹⁰³.

Si propone inoltre di raccogliere denunce di abusi riguardanti in modo particolare casi di Trattamento Sanitario Obbligatorio, di elettroshock, di facili prescrizioni di terapie psicofarmacologiche e di attribuzione giuridica a cittadini della condizione d'incapacità d'intendere e di volere e d'interdizione, ritenendole vere e proprie forme moderne di morte civile. Si propone, più in generale, di promuovere la cultura della tolleranza e del rispetto dei diritti individuali fondamentali, di mettere in discussione i pregiudizi, in

¹⁰³ Anche attraverso apposite pubblicazioni . Ad esempio vd. Telefono Viola di Milano (a c. di), 1998, *Effetti collaterali - Uso e abuso di psicofarmaci*, Torino, Nautilus,; cui si aggiungono le numerose pubblicazioni a stampa di dispense del CEU.

particolare quelli sulla presunta diversità dell'altro, e di opporsi a qualunque pratica che faciliti la coercizione della volontà e sia contraria alla dignità della persona.

Oggi il Telefono Viola, in Italia, è presente a Roma con Alessio Coppola come riferimento principale, ma senza un centralino ed una sede operativa, a Milano, a Firenze con il Collettivo Antipsichiatrico Violetta Van Gogh.

Ciascun Telefono funziona associativamente in modo autonomo, con una propria sede e proprie fonti di finanziamento, che attualmente sono costituite prevalentemente da autofinanziamento.

3.3 Il lavoro del Telefono Viola: interviste

Il Telefono Viola si propone di fornire informazioni alle persone che hanno a che fare con la psichiatria, di raccogliere denunce e se possibile intervenire nei casi di abusi come ad esempio l'elettroshock (nel quale viene identificata la terapia elettroconvulsivante attualmente in uso), la psicochirurgia, la massiccia somministrazione di psicofarmaci, i maltrattamenti perpetuati all'interno e fuori dei reparti psichiatrici.

Il Telefono Viola è attivo in caso di trattamenti sanitari obbligatori (TSO), fornisce assistenza legale in caso di interdizioni e di inabilitazioni. Non ci sono specialisti, (né assistenti sociali, né psichiatri né psicologi), ma persone che considerano la violenza autoritaria della psichiatria come uno dei metodi adottati per punire chi non si omologa o per emarginare chi dà fastidio.

Vari sono i centri ufficialmente attivi del Telefono Viola in Italia , ma le due esperienze che garantiscono una buona continuità del servizio sono quella di Milano, attiva dal

1996 , e quella di Firenze, attiva dal 2003, ovvero la più vecchia e la più recente attualmente attive.

L'8 settembre del 2004 ho intervistato Giorgio e Raffaele, che collaborano, anzi ne sono i promotori, con il Telefono Viola di Milano. La posizione dei volontari rispetto all'antipsichiatria è il frutto di un dibattito sempre acceso, allo scopo di alimentare la prassi quotidiana del Telefono, di renderlo un'esperienza in grado di adattarsi alle molteplici esigenze degli utenti e degli operatori.

Giorgio è un architetto, che ha "rischiato" anche lui di finire nella gabbia psichiatrica. Per Giorgio, è importante sottolineare che: "Il Telefono Viola è un movimento antipsichiatrico, perché si contrappone alla psichiatria. Lo scopo del Telefono Viola è quello di togliere le persone dalla presa psichiatrica o comunque difenderle dalla presa psichiatrica. È indubbio che, nell'operare a difesa delle persone che sono abusate, ci sia una contrapposizione con la psichiatria. Quindi per il Telefono Viola sembrerebbe banale dire che è per un movimento antipsichiatrico. Non potrebbe definirsi non psichiatrico,

perché di fatto opera all'interno di questo confronto con la psichiatria. E a me piace il termine *antipsichiatria*". Questo significa che il Telefono Viola si configura essenzialmente come un movimento per la difesa della libertà della persona contro la psichiatria e contro il pregiudizio psichiatrico, che si concretizza in un servizio telefonico. "Non si tratta di una presa di posizione contro gli psichiatri, o meglio, è vero che c'è una contrapposizione con gli psichiatri e gli operatori della psichiatria che sono molto di più che non gli psichiatri, però è anche vero che è molto più complesso l'abuso psichiatrico o l'intervento della psichiatria su una persona", dice Giorgio, distinguendo il singolo psichiatra dal pregiudizio psichiatrico e dal pregiudizio sociale che costituiscono il bersaglio principale della protesta antipsichiatrica e il movente degli abusi.

Giorgio parla del giudizio (pre-giudizio) come l'elemento che vizia la psichiatria, e conseguentemente la perizia psichiatrica e la sua pretesa di scientificità. Il pregiudizio psichiatrico va inquadrato allora come una "categoria di

relazione tra persone [...] in un libro di documenti *Sull'imputabilità e il trattamento del malato di mente autore di reato*, si dà una definizione di pregiudizio che è interessante: «Il pregiudizio si colloca nel più ampio contesto degli atteggiamenti essendo, il pregiudizio, un atteggiamento sfavorevole verso il soggetto, un oggetto (lo chiama non a caso) che tende ad essere altamente stereotipato provvisto di carica emozionale e difficilmente soggetto al cambiamento di fronte all'informazione contraria...». Ecco questa è una delle tante possibili definizioni di pregiudizio" afferma Giorgio.

Quando esiste un contesto al quale far risalire qualsiasi tipo di comportamento, è logico e naturale che ciò accada: il problema del pregiudizio psichiatrico è proprio quello di fornire una spiegazione e non una cura. La follia è una spiegazione (come lo è sempre stato) per giustificare determinati comportamenti che ne sono considerati i sintomi. Se si entra in questo meccanismo, non se ne può più uscire per la spiegazione è come un enorme "contenitore" nel quale poter inserire tutto, al

quale far risalire tutto. Ma il disagio mentale è la risposta a determinati stimoli e a determinati stati di sofferenza, non è una malattia o un sintomo preciso: "Nel senso che qualunque cosa fa una persona psichiatrizzata, qualunque cosa e il contrario di qualunque cosa, comunque trova uno psichiatra che utilizzerà quel comportamento per rafforzare la sua diagnosi. In questo il pregiudizio psichiatrico e in generale il pregiudizio, come dice questo autore, è un atteggiamento, un comportamento provvisto di carica emozionale questo è molto importante nel senso che nel pregiudizio psichiatrico non c'è una relazione indifferente con l'altra persona su cui poi si attua questo pregiudizio, su cui si fa questo giudizio pre-costituito".

Accanto al pregiudizio c'è il disprezzo: "A me piace definirlo come una passione. Può essere un sentimento, un modo di atteggiarsi. È una passione umana. E che cosa fa di fatto il disprezzo? Il disprezzo squalifica l'altro. Lo squalifica, ma non solo: lo considera inferiore. Noi spesso disprezziamo. Può avvenire più spesso di quanto

non sembri. Il meccanismo del disprezzo qual è? È quello di far apparire l'altro inferiore. Allora è evidente che nella relazione del pregiudizio psichiatrico tra il medico psichiatra e il paziente malato di mente è indubbio che ci siano entrambi le categorie. Una è il pregiudizio, cioè quello di pensare che quella persona sia malata nella mente, cioè abbia un difetto che il suo comportamento non è umano, ma è un comportamento e un pensiero patologico".

Il disprezzo pone lo psichiatra e la società stessa su di un altro piano, li allontana concettualmente ancorché fisicamente dal folle non riconoscendo in lui un altro uomo dotato di pari diritti e dignità: "le relazioni all'interno dell'universo psichiatrico sono molto forti e a volte sono anche violente. C'è una forte emotività da parte di chi dà il giudizio psichiatrico e poi, ovviamente, c'è una forte emotività di chi lo subisce. Questo argomento non è da poco, cioè il disprezzo non è una passione fredda. È una passione molto coinvolgente. In questo senso lo

ripeto darsi da fare per il Telefono Viola e aiutare persone che sono psichiatrizzate è un'esperienza straordinaria".

È questo, per Giorgio che rende realmente il Telefono Viola un "movimento per la libertà. Anzi non per la libertà, ma per la libertà dell'individuo. In un campo specifico dove la libertà individuale, in occidente, viene conculcata. La libertà di quel individuo viene conculcata perché c'è una cultura, oltre a ragioni economiche, politiche e sociali. Comprende anche noi questa cultura, questo è importante. Non stiamo parlando di argomenti di cui noi siamo spettatori. Stiamo parlando della nostra cultura. Il fare Telefono Viola mette a dura prova la nostra cultura, perché poi è difficile fare il Telefono Viola. Non è possibile aiutare concretamente una persona, ottenere delle vittorie, sempre parziali, se non riesci ad avere una relazione con quella persona che è particolare, è alla pari. Se non riesci ad esserne coinvolto non puoi farlo".

La relazione parte dal dialogo, ma soprattutto dalla disponibilità al dialogo "questo al di là della relazione

umana è un argomento centrale di tutte le relazioni umane. Se tu vai con atteggiamento ostile, non amichevole, guardingo, viene concepito esattamente per quello che è. Non ci si può poi meravigliare dei comportamenti. Noi stessi ci avviciniamo in maniera diversa a secondo delle situazioni e delle persone che incontriamo, quindi, non è vero quando diciamo “sono fatto così”. In generale i comportamenti sono sempre di due “caos” di persone che si incontrano e che si scambiano continue stimolazioni vicendevoli. Questi tre argomenti sono sempre presenti in un caso psichiatrico, anzi “caso” è già una riduzione, è più giusto dire: in una persona che subisce una violenza psichiatrica, ma non solo dallo psichiatra, anche da chi gli sta intorno. Sapere che ci sono queste tre grosse modalità è molto importante e sono fondamentali per il Telefono Viola”.

L'intervista con Raffaele, si è incentrata sull'attività del Telefono Viola di Milano, sul lavoro fatto sugli psicofarmaci e sul fatto che la psichiatria sta mettendo

molto spesso le mani sui patrimoni delle persone grazie ad una semplice perizia, e ultima, ma non meno importante è la campagna contro la tec (terapia elettroconvulsivante) che non ha differenze dall'elettroshock e che con l'intervento di Rosy Bindi è tornata in grande auge (ad esempio a Pisa).

Raffaele si è formato dal counseling telefonico nell'ascolto attivo delle persone, all'azione all'interno delle strutture: "Non ho fatto una scuola particolare, non sono psicologo, medico, eccetera. Per me la cosa importante è ascoltare le persone, io lavoro in un ambito per cui ho fatto esperienza di come lavorano i servizi, perché provengo da un ambito socio sanitario. Posso dare, quindi, informazioni su come funziona un servizio, senza mediare, nel senso che mediare non ci interessa a noi ci interessa la persona. Difficilmente si trovano associazioni che sono in tutto e per tutto dalla parte di persone abusate".

Effetti collaterali. Guida all'uso e abuso degli psicofarmaci (Nautilus, Torino 1998) è uno strumento ideato e

realizzato dal Telefono Viola di Milano, che dal 1996 opera contro gli abusi e le violenze psichiatriche, evidenziando il pericoloso fenomeno della farmacodipendenza, e Raffaele ne è uno degli autori. Il testo non è coperto da copyright ed è interamente scaricabile da internet.

In realtà il fenomeno, sottolinea Raffaele sta raggiungendo dimensioni preoccupanti, al di là del contesto stesso psichiatrico: "Gli psicofarmaci vengono usati anche per altri ambiti non solo per la cosiddetta malattia mentale. Vengono usati per esempio in reparti di medicina interna o in reparti medicina geriatrica. Alle persone anziane danno ansiolitici se non anche di peggio per tenerli "buoni". sono farmaci che quietano non sono curativi. Questi farmaci non sono curativi, sono solo sedanti. Sedano e basta. I dosaggi sono molto alti ed hanno degli effetti collaterali molto spiacevoli: danno dipendenza quanto e di più delle droghe illegali tipo l'eroina. Causano dei meccanismi di astinenza se non si prendono. Quando una persona vuole uscire da questo

percorso farmacologico non è tanto facile. Nel senso che deve sostenere uno scalaggio sotto controllo medico. Credo che tre quarti della popolazione anziana italiana faccia uso di Xanax, Tavor, Lexotan, Valium".

Le persone che chiamano il centralino di ascolto del Telefono Viola chiedono proprio informazione sui farmaci che gli vengono dati dai servizi della psichiatria, sulla pericolosità del farmaco o ci chiedono anche come riuscire a scalare i farmaci.

Quando gli chiedo di parlarmi dell'esperienza del Telefono Viola di Milano, Raffaele racconta che alcuni di loro provenivano dall'esperienza dell'Ambulatorio Medico Popolare (un ambulatorio gratuito aperto a tutti) ed avevano solo un'infarinatura generale: "E' stato l'ascolto al Telefono Viola, il parlare con le persone a farci diventare esperti. Anche il libretto *Effetti collaterali* è la ricostruzione delle esperienze avute dalle persone alla quali abbiamo chiesto che farmaci prendevano, che effetti collaterali avevano. Cosa fanno questi psicofarmaci noi lo sappiamo attraverso la testimonianza diretta delle

persone. Quindi al Telefono Viola oltre a dare informazioni, riceviamo informazioni".

L'esperienza del Telefono Viola è dunque un'esperienza nel senso concreto della parola, è un servizio che aiuta a capire per poter meglio aiutare e lottare contro gli abusi che questa psichiatria esprime ed esprime segregazione, giudizio, non libertà di scelta ed è obbligatoria attraverso delle leggi da cui gli psichiatri hanno il coltello dalla parte del manico.

I volontari del collettivo del Telefono Viola di Firenze hanno raccontato di un caso di una ragazza che per farla dimagrire gli hanno dato un farmaco che è un antiepilettico e che ha come effetto collaterale il dimagrimento. Quindi non gli è stato dato un farmaco per il suo principio attivo, ma per il suo effetto collaterale. Si diceva, giustamente, che non c'è niente di scientifico in questo.

Questo sistema ripropone, in realtà il principio base della psichiatria: agire sui sintomi e non sul problema. e "qui entra in ballo l'analisi della persona che ci racconta il suo

vissuto, perché noi non siamo pragmatici: ogni volta noi cerchiamo di fare un'indagine per capire a monte che cosa succede. È palesemente chiaro che la maggior parte dei casi proviene da un ambiente familiare o comunque di disagio e disagio ambientale di persone che si trovano in situazioni che potrebbero essere esaudite o risolte se si attivassero dei canali che sono presenti o che dovrebbero essere presenti a livello cittadino, tipo servizi sociali. Per effetto della privatizzazione o semplicemente menefreghismo di chi ci lavora, questi servizi, non vengono attivati. Quindi quella persona che denota un certo disturbo lo danno in pasto alla psichiatria. Lo psichiatra risolverà il problema in qualche maniera". Ci sono persone che attraverso del comma della legge sul TSO sono stati inabilitati provvisoriamente. Inabilitati vuol dire che i loro soldi sono stati messi sotto un'amministrazione particolare e a loro è stato negato l'accesso. Questa è un'altra modalità di come la psichiatria si muove nell'ambito di perizie, interdizioni, inabilitazioni provvisorie dovute ai TSO.

Il Telefono Viola si occupa di tutte queste persone che chiamano questo centralino, aiutiamo i familiari o se le persone si trovano negli SPDC, cioè nei reparti psichiatrici degli ospedali civili e cerchiamo di fargli revocare i TSO, fino a fare degli esposti o delle denunce ad operatori psichiatrici che hanno fatto degli abusi.

In Italia non esiste una legge che vieta l'elettroshock, ma non esiste neanche una legge che vieta la lobotomia.

Fino agli anni settanta, la TEC (terapia elettroconvulsivante) è stata usata in tutte le maniere, anche la lobotomia veniva largamente utilizzata, ed il suo inventore, Egas Moniz, ha avuto un premio Nobel per la medicina nel 1949. Alla fine degli anni sessanta viene creato il primo grosso neurolettico la Clorpromazina che verrà usato in tutti manicomi, oltre agli altri sedanti e neuro sedanti. Questo farmaco viene adottato e chiamato "camicia di forza chimica" e sostituirà l'elettroshock, perché verrà considerato inusuale. L'elettroshock, cioè la TEC (terapia elettroconvulsivante), viene praticamente ridotta ad una questione ambulatoriale, che significa

pochi soldi, quindi, comincia ad entrare in disuso. Arriviamo ai giorni nostri dove il Ministro della Sanità del governo del centro sinistra Rosy Bindi, nel 1996, decide che l'elettroshock fa bene e su questa cosa parte una motivazione dettata da illustri psichiatri, facenti parte dei poli universitari, per esempio Giovan Battista Cassano dell'università di Pisa e cominciano a dire che l'elettroshock contro la depressione fa miracoli, dimenticandosi tutto quello che è stato il mondo del manicomio, del mondo delle torture fatte dall'uso dell'elettroshock.

C'è un Comitato di Bioetica che si oppone, viene allora deciso che nelle strutture sanitarie pubbliche l'elettroshock non deve essere fatto, ma non per legge, ma perché viene considerato come un ticket di poca valenza monetaria, quindi, c'è poco da guadagnare. Poi ci sono alcuni psichiatri pubblici che lo considerano una cosa disdicevole.

Il Ministro Bindi autorizza la terapia elettroconvulsivante, ma deve essere fatta in anestesia, quindi, ci vuole un

anestesista, ci vuole un medico rianimatore e ci vuole del personale infermieristico specializzato. Questi operatori formano un equipe chirurgica, quindi, non costa più settantamila lire, ma mezzo milione di vecchie lire. Le strutture private convenzionate, che subito si convenzionano, sono la Clinica di San Rossore di Pisa dove lavora Cassano, Villa Zucchi e l'Ospedale San Raffaele di Milano che ha un reparto particolare di psichiatria, eccetera. In ogni regione ci sono degli accreditamenti seguendo questa formula.

I meccanismi di questa terapia hanno dei pesanti risvolti economici sulla collettività e sui singoli che volontariamente o meno vi si rivolgono.

Anche in questo il Telefono Viola può offrire un aiuto, ma ciò accade perché sono le persone che si sono rivolte a loro a fornire tante informazioni e dunque è nella reciprocità che si sviluppa l'esperienza di questo servizio.

Il 15 marzo del 2005 ho intervistato cinque volontari che a vario titolo collaborano al Collettivo Violetta Van Gogh del Telefono Viola di Firenze.

La loro esperienza nasce verso la fine del 2000, per varie motivazioni (per esperienza diretta, per interesse personale, professionale, ecc.) sotto forma di Collettivo antipsichiatrico, Diego racconta: "Abbiamo pensato che fosse giusto impegnarsi in questo campo, perché riteniamo la psichiatria una potente forma di controllo sociale e repressione. All'inizio abbiamo cercato di fare contro-informazione su che cosa è veramente la psichiatria e su i suoi metodi e abbiamo cercato di smascherare l'impostura psichiatrica. Di fronte alla pretesa scientificità della psichiatria noi denunciavamo l'arbitrarietà e la barbarie di strumenti come il trattamento sanitario obbligatorio, l'elettroshock e le puerili forme di rieducazione nei centri di recupero, offensive della dignità della persona".

L'uso e l'abuso degli psicofarmaci nel contesto del TSO è l'ultima frontiera della legalizzazione della privazione dei

diritti dei soggetti che vivono questa esperienza in modo traumatico ancor più del disagio che essa pretende di "curare", perché come ribadisce Diego, il TSO nella pratica si realizza come "un sequestro di persona legalizzato, che impone a chi lo subisce un bombardamento di farmaci deleteri per il fisico e per la psiche, in non pochi casi somministrati a persone legate al letto di contenzione".

Chi subisce un primo TSO, si trova ad avere un precedente cui ricondurre qualsiasi altro evento che lo riguarderà in futuro, portando naturalmente a nuovi ricoveri più o meno coatti, come se un guasto ad un macchinario possa sempre derivare dallo stesso "pezzo di ricambio", e sempre che di "guasto" si tratti (!).

La scelta di aprire un Telefono Viola nasce da queste riflessioni e dalle esperienze ad esse connesse: il Telefono Viola di Firenze apre i battenti nel 2003, come strumento dichiarato contro gli abusi psichiatrici. I volontari con i quali ho parlato, non hanno avuto contatti diretti con Alessio Coppola, ma con i suoi scritti (il principale

riferimento è il libro edito con Antonucci): il "verbo" si è diffuso.

Nessuno dei volontari ha avuto esperienze dirette di abusi psichiatrici, né problemi di disagio psichico. Diego si è interessato all'argomento perché "dal movimento dei compagni questo problema della psichiatria non è mai stato considerato. Molto spesso viene snobbato. È difficile. Noi siamo anche contenti perché l'argomento è molto difficile. Perché tratti con le persone che hanno bisogno". Quando chiedo loro se vedono in questa esperienza un modo di riappropriarsi dell'umanità stessa delle persone come un'esigenza naturale davanti alla negazione che la psichiatria sembra fare dell'individuo, la risposta è unanime e positiva.

Ancora Diego cerca di spiegarsi in modo più esplicito: "Il discorso è che io e te possiamo litigare, non andare d'accordo... questi sono rapporti umani, ma quando si comincia a dire: "sei malato" "hai bisogno di un dottore", allora non va bene. Per me la psichiatria è la più grande forma di controllo sociale che c'è, più forte della

repressione poliziesca o del carcere. Può finirci dentro chiunque in qualsiasi momento della propria, perché "sclera", perché ti ha lasciato la fidanzata, per una serie di motivi. Chiunque può essere preso. Si va in galera quando si commette un reato, con la psichiatria vai a finire in un reparto psichiatrico anche se non hai fatto niente. Solamente perché tu esprimi le tue opinioni o ti comporti in una certa maniera o non sei come vogliono che tu sia... Per me il fatto di fare un Collettivo antipsichiatrico nasce dal fatto di voler lottare collettivamente contro questa forma di repressione e controllo sociale. Io sono contentissimo che riusciamo a portare avanti il Telefono Viola perché è uno strumento da contrapporre alla pratica psichiatrica. Non un'assistenza umanitaria, ma una forma di lotta per dire agli psichiatri che c'è qualcuno che sa che si comportano male".

Per Gloria, il Telefono Viola è stato il naturale sbocco di un percorso educativo: "Io l'antipsichiatria l'ho cominciata a fare all'università, perché ho fatto scienze

dell'educazione e avevamo scelto l'antipsichiatria come una disciplina da contrapporre a tutte le discipline un po' stantie che ci venivano propinate quotidianamente. Durante un'occupazione era nato un Collettivo di persone che avevano deciso di autogestirsi, in qualche modo, i corsi e gli esami. Avevamo fatto un seminario di cinque, sei incontri sul tema, anche appoggiati dal LEU il Laboratorio di Ecologia Umana che era quello che esisteva all'epoca a Firenze e che avevano fatto a loro volta un Telefono Viola. È stato fatto per portare un pensiero critico alla psicologia e alla neuropsichiatria che è una disciplina di scienze dell'educazione. Da lì varie vicissitudini mi hanno portato a non seguire più il discorso e poi ad entrare nel Collettivo Antipsichiatrico. Da questa esperienza universitaria, fare il Telefono Viola è stato un traguardo bello. È stato un passaggio dalla teoria ad un'elaborazione politica fino ad arrivare ad un aspetto effettivamente pratico di quello che ho studiato". È lo stesso percorso di Emanuela: "Finiti questi seminari autogestiti si disperse un po' il gruppo di persone,

passarono alcuni mesi prima che poi mi sono detta che l'antipsichiatria mi interessava farla e portarla avanti, così ho cominciato a fare il Collettivo".

Per Irene si è trattato di una esperienza indiretta: sua madre lavorava dove c'era l'ex Ospedale Psichiatrico di Firenze: "C'erano ancora dei padiglioni aperti, la gente c'era stata tutta la vita e continuava girarci intorno perché non sapeva dove andare, io andavo a prendere mia madre e vedevo. Questo è stato il primo contatto. Poi ho conosciuto loro, sono arrivata quando il Collettivo Violetta Van Gogh c'era già da un anno e mezzo. Se uno ama la libertà, non ama sentirsi controllato, si sente in pericolo, giustamente, in questo stato di cose costante, non può che fare l'antipsichiatria".

Andrea ha invece seguito un percorso di avvicinamento graduale: "Io non sono di Firenze, sono di Mantova [...] Ho conosciuto i compagni non in Italia, ma in Francia in un campeggio militante europeo. C'eravamo conosciuti prima in modo virtuale in internet volendo fare insieme, in questo campeggio, una discussione sull'antipsichiatria.

Una volta venuto a Firenze ho cominciato a frequentare il Collettivo. Lo scarto grosso fra questa esperienza e le altre cose che avevo fatto in ambito universitario di contro informazione o a livello militante sull'antipsichiatria, è l'aver trovato un gruppo, delle persone, con cui condividere non solamente il bisogno generico o anche approfondito di ragionare sulla follia, ma anche di dare delle risposte pratico in ambito militante".

Tutti i volontari sottolineano il carattere concreto dell'azione del Telefono Viola, per questo spesso usano la parola "militanza", e per questo l'esperienza di Firenze non si colloca entro l'alveo dei gruppi di auto aiuto e di semplice "assistenzialismo", come tengono a sottolineare gli stessi volontari: "il Telefono Viola si rivolge a tutti coloro che subiscono o rischiano di subire le "cure" psichiatriche e si propone come linea di ascolto e per fornire informazioni alle persone che hanno a che fare con l'inferno psichiatrico. Diamo informazioni sui diritti delle persone, raccogliamo denunce di abusi come

l'elettroshock, il TSO, le massicce somministrazioni di psicofarmaci e forniamo assistenza legale in caso di interdizioni e di inabilitazioni".

I contatti con Bucalo, con il telefono Viola di Milano e, quando era attivo, quello di Genova, hanno permesso di realizzare più compiutamente l'esperienza di Firenze: le varie esperienze dei Telefoni Viola, con la loro azione ed i loro esiti, uniscono un identico tentativo di combattere gli abusi, ma con modalità diverse, laddove ci si volge più verso l'assistenzialismo concreto attraverso la creazione di case, o come servizio di controinformazione, eccetera. Forte è la coscienza di "militanza", nel senso più positivo del termine, che riconosce nelle vittime degli abusi psichiatrici i caduti di una guerra invisibile e silenziosa che la società attua contro la diversità attraverso la psichiatria ufficiale. Come per gli altri Telefoni Viola, anche quello di Firenze è autogestito e autofinanziato. Il Collettivo, così come il Telefono Viola di Firenze non è legato in maniera particolare a movimenti politici, né alle istituzioni: episodicamente, denunce da parte del

Collettivo sono state accolte da singoli parlamentari che hanno promosso interpellanze in merito, ma si tratta di singole iniziative.

Diego sottolinea la loro "non appartenenza" a movimenti specifici, quanto la più generale adesione ad esigenze di libertà: "ci sentiamo parte del movimento contro la guerra, con i no-global, con il movimento delle case occupate...".

Tuttavia è difficile trovare una posizione concreta, una propria identità, dice Gloria, quando le persone che si rivolgono al Telefono Viola chiamano dall'ospedale, dove sono state imbottite di farmaci: "Abbiamo studiato le leggi, i farmaci, per dare delle risposte precise e non dire delle cose a caso. La gente si aspetta qualcosa".

In una telefonata di 30/35 minuti non è possibile risolvere un problema alla radice, e non è corretto neanche proporsi come sostituti dello psichiatra: quando una persona si trova sola è più facilmente preda di un abuso, ma la sua ricerca di aiuto non deve essere veicolata verso una soluzione "panacea", perché se la

psichiatria non risolve il problema (come pretende di fare), il lavoro da fare è molto e richiede la pazienza del tempo, con una telefonata non si è in grado di far sparire "il male" all'improvviso: "Spesso le persone che telefonano chiedono tanto aiuto e richiedono parecchia energia. Chiedono anche le cose più impossibili", "anche di andare a mangiare una pizza o come si fa una lavatrice...", ancora Diego "O se vogliono fare volontariato che devono fare... Che devi fare? Sceglilo te che devi fare. Il rapporto, con la psichiatria in mezzo, non è paritario, si creano degli scompensi, perché la persona ti vede come l'autorità come qualcuno che ha la bacchetta magica e ti risolve i problemi". Spesso i problemi esistenziali sono delle montagne insormontabili e hanno bisogno di tempo, ma la pazienza dell'ascolto gratuito ridona dignità e speranza alla persona.

Al Telefono Viola di Firenze si rivolgono anche persone provenienti da altre regioni: "Le sedi del Telefono Viola in Italia non sono così tante", dice Gloria e tuttavia "sono

poche, poi, le persone, le forze, che in realtà ci sono dietro".

I Telefoni Viola attualmente aperti in Italia sono circa due, a Milano e a Firenze (a Bologna non è continuativo e a Palermo da poco sono stati privati della linea telefonica) e sostanzialmente agiscono in piena autonomia: i contatti avvengono solitamente via internet, nei casi in cui può essere necessaria un'azione comune o nel momento in cui ci si trova ad affrontare una esigenza nuova per chiedere consiglio, come dice Diego: "Soprattutto ci scambiamo consigli, informazioni. Se ci capita un caso e non sappiamo come fare, come approcciarci, chiediamo informazioni ai vari compagni, come hanno fatto, sui farmaci, su come fare al meglio quello che ci viene richiesto. Ci sono contatti. Comunque ci conosciamo tutti e qualche volta ci siamo anche visti. C'è anche un sito di riferimento".

Una delle maggiori difficoltà da superare quotidianamente è proprio l'autonomia con la quale queste esperienze sono gestite: non essendo collegate ad

istituzioni di alcun genere c'è anche la difficoltà di accreditarsi, di rendersi interlocutori credibili, se si vuole superare l'azione assistenzialistica come ribadisce Emanuela: "E' più difficile che la gente si fidi di te, almeno questa è la mia impressione, proprio perché non sei un tecnico, uno specialista nel settore. Nessuno di noi è medico". Tuttavia a volte la presenza di un medico potrebbe risolvere questioni immediatamente pratiche quali lo "scalaggio" dei farmaci per liberarsi dalla dipendenza, dice Gloria, perché "su questo non ci sentiamo di dare un consiglio. Su questo è necessaria una consulenza medica, per la dipendenza, ma soprattutto per gli effetti collaterali che i farmaci provocano per effetto della diminuzione repentina o non ben controllata".

Ciò che il Telefono Viola di Firenze vuole offrire è innanzitutto informazione sui propri diritti, ma sostanzialmente "ascolto", al di là di una preparazione specifica che solo alcuni volontari possono avere: Stefania è una psicologa, Diego fa il lavandaio, Gloria lavora in un

museo, Emanuela studia Scienze della Formazione e lavora saltuariamente per mantenersi agli studi, Andrea è un educatore in una cooperativa sociale ed Irene sta seguendo un corso professionale.

Tale "ascolto", non vuole però essere confuso con un'esperienza di generico aiuto psicologico, come Diego sottolinea e per questo è stato necessario trovare una propria strada, un proprio metodo per poter caratterizzare l'esperienza del Telefono Viola come uno strumento concreto di supporto: "Nell'anno di discussione precedente all'apertura del telefono abbiamo cercato di trovare un nostro metodo. Con la discussione collettiva è venuto fuori che noi non volevamo dare un aiuto, un'assistenza (tipo Caritas). Il Telefono Viola per noi è una forma di lotta e uno strumento da contrapporre alla psichiatria. Noi ascoltiamo le persone sì, ma cerchiamo di dare un consiglio pratico, non vogliamo fare "assistenza umanitaria". Diamo informazioni, parliamo di diritti e diamo aiuto legale".

A tale scopo, uno degli obiettivi dei volontari è quello di rendere le persone autonome: "La psichiatria perché ti aggancia? Perché tu non sei più autonomo, cioè non decidi più niente della tua vita. Non è non fare ascolto, ma è non fare assistenza e dare, invece, degli strumenti per emanciparsi, uscire dalla psichiatria e autodifendersi" e così sottrarsi agli abusi. Secondo Gloria "sono poche le telefonate di abusi perché non è che ci sia tutta questa grande possibilità di denunciarli. Nell'enorme numero di persone che subiscono abusi solo poche riescono ad avere la forza e il coraggio di farlo o ad accedere ad informazioni e trovare che esiste qualcuno che è contro la psichiatria e i suoi abusi".

Il Telefono Viola si offre come espressione di una coscienza antipsichiatrica non perché il suo bersaglio privilegiato siano gli psichiatri *ad personam*, ma l'idea stessa che la psichiatria possa proporsi come una scienza medica, come una soluzione che attraverso una opportuna terapia riporti alla "normalità" il soggetto "guasto", "malato" di mente. Sono stati chiusi i manicomi,

ma non è stata cancellata la rappresentazione della follia che ne aveva permesso la nascita: finché si fraintende l'uso degli psicofarmaci, che non "guariscono" la "malattia mentale", ma agiscono a livello inibitorio sui sintomi legati al disagio psichico, si fraintende il concetto stesso di cura, perché la mente umana non può essere considerata alla stregua di un osso fratturato che si può riaggiustare.

Alla domanda: "Per voi la psichiatria è una scienza?", tutti gli intervistati hanno risposto negativamente, ribadendone la caratteristica di "strumento di controllo e di repressione" dell'individuo. La negazione della malattia mentale non coincide però con la negazione dell'evidenza del disagio psichico: si tratta invece di ricondurlo ad uno stato di sofferenza che è ben altra cosa dalla malattia.

CONCLUSIONE

"Per vedere quanto un paese è civile,
bisogna vedere come vengono trattati i malati di mente.
La psichiatria è come la cartina tornasole
della civiltà di una società".

Alessio Coppola¹⁰⁴

"Partire è un po' morire", e forse "partire di testa" secondo l'espressione comune è un po' come morire come esseri umani dinanzi agli occhi della società. Perdere il bene dell'intelletto equivale alla perdita della propria dignità e questo fa sì che qualsiasi pratica terapeutica venga messa in atto per "riaggiustare" il meccanismo che non funziona, ovvero l'uomo che è diventato folle, è lecito e praticabile anche quando non dà alcun risultato concreto. Questo è ciò che nel linguaggio comune interpreta la medicalizzazione e la manicomializzazione della follia. Su questa rappresentazione mentale bisogna intervenire se si vuole realmente operare un mutamento dell'approccio alla malattia mentale. L'ascolto, la de-

¹⁰⁴ Intervista con l'autrice pag. 139.

medicalizzazione della follia, l'approccio non psichiatrico al disagio mentale sono il risultato di tutt'altro principio che come una sorta di "umanesimo moderno" cerca di riappropriarsi dell'uomo che soffre del disagio psichico. Non si può curare una malattia solo in base ai sintomi, ma soprattutto non si può identificare la malattia nei sintomi, laddove il disagio psichico sfocia in sindromi più o meno identificabili è difficile che un intervento sulle conseguenze possa "guarire" dalle cause che le hanno generate.

L'esperienza dell' Ecologia Umana di Alessio Coppola, l'esperienza di approccio non psichiatrico e anzi umanistico, come lo definisce¹⁰⁵, di Giorgio Antonucci, l'esperienza dei volontari del Telefono Viola di Firenze e di Milano (e degli altri che si occupano di iniziative identiche) si offrono come materiale di riflessione: le motivazioni che animano l'azione di queste persone possono essere diverse, la loro professionalità ne può essere coinvolta in vario grado, ma la matrice comune

¹⁰⁵ Cfr. Intervista a pag. 148.

risiede proprio nella rappresentazione della follia che essi rivendicano e con essa il diritto degli uomini ad essere considerati tali anche nel momento in cui hanno bisogno di aiuto. L'elemento di lotta antistituzionale che è rinvenibile in vario grado nelle loro esperienze non è perciò riconducibile a matrici politiche, ideologiche (o semmai solo in parte e solo per alcuni casi), ma è la denuncia di istanze che le istituzioni, attraverso la psichiatria eludono, con soluzioni che non risolvono, nella solitudine in cui viene sostanzialmente lasciato chi direttamente o indirettamente si trova ad affrontare la follia.

APPENDICE

Intervista ad Alessio Coppola 18 novembre 2004

Cos'è l'ecologia umana? ¹⁰⁶

L'Ecologia Umana, quella del CEU, è un'iniziativa originale e autonoma. Io ho concettualizzato l'Ecologia Umana senza sapere che ci fossero altre Ecologie Umane. Allora c'era e non c'era l'Ecologia Umana del corso universitario di Padova, di cui poi ho saputo. Non c'erano altri centri omonimi. Mi risultò esserci una Human Ecology americana che addirittura proponeva l'elettroshock come pulizia della mente. Per dire quanto è equivoca la parola se non si specifica il significato.

Quelli di Padova navigano ancora nell'incertezza del loro concetto di ecologia umana. Ci fu un tentativo di collegamento, ma poi ci lasciammo. Io dissi se volevano collaborare, ma niente. Oggi non è detto che non si possa riprendere i contatti e formare anche un meticcio interessante.

Non sei mai stato contattato da loro?

Sì, per dire che ci stavano prima loro, invece io gli dissi che il nostro statuto era più antico del loro corso universitario.

La nostra Ecologia Umana è legata essenzialmente a una visione delle essenze umane, quasi fisica. Per me l'Ecologia Umana è un rapporto di dignità, di inclusione con qualsiasi forma di differenza.

L'Ecologia Umana è la tutela della differenza biotipica umana. Ognuno è biotipo dell'altro. La differenza fra le persone è enorme. E' il fattore di ricchezza della specie.

Nell'89 si fece il primo corso della mente e dei rapporti umani.

Le persone umane sono rapportate quasi come le essenze naturali. Il concetto è ecologico che unisce l'Ecologia Umana e l'ecologia naturale, delle essenze, delle diversità, della ricchezza della diversità della specie, non solo della specie naturale, ma anche della specie umana. Nasce, così, un parallelo fortissimo: come va tutelata la biodiversità delle essenze naturali, così va tutelata, attivamente tutelata, non solo difesa passivamente, la differenza all'interno della specie umana, degli individui, delle individualità. Questo è importante perché dalla difesa delle individualità come specie, come garanti della ricchezza della specie viene fuori anche la difesa contro l'omologazione psichiatrica, contro la catalogazione dei comportamenti in base a concetti astratti, proprio perché ogni comportamento è un individuo. È un'essenza a sé che va difesa.

L'Ecologia Umana aggiunge positività all'approccio non-psichiatrico. Dà una visione positiva eco-antropologica.

Io sono il fondatore di questa pratica, di questa alternativa eco-antropologica, l'Ecologia Umana. Dalla pratica non-psichiatrica del CEU nasce uno strumento a difesa dei diritti dei soggetti in ambito psichiatrico, dei cittadini in ambito psichiatrico, perché tutti possono cadere sotto le pratiche della psichiatria.

L'antipsichiatria e l'approccio non-psichiatrico.

L'approccio non psichiatrico è l'incontro con Antonucci essenzialmente. È con lui che si definisce meglio questo approccio non come «antipsichiatrico», ma come

¹⁰⁶ Per tutte le interviste le domande sono evidenziate in grassetto e le risposte in carattere normale.

«non-psichiatrico». Facevamo rilevare entrambi nella riflessione reciproca che questo “anti” generava specularità e cose omogenee, per cui poi non ne uscivamo. Antonucci e Basaglia avevano avuto una comunanza nel senso anti-istituzionale. Basaglia non era antipsichiatra. Antonucci, il termine antipsichiatra, non lo identifica, perché l’antipsichiatria è una corrente comunque della psichiatria, l’antipsichiatria inglese con Cooper, Laing. Sia Laing che Cooper si rifanno a un viaggio misterioso nella mente della persona. Fanno vedere questa psicanalisi come un viaggio dove loro sono gli autisti, gli esploratori che sanno andare nella mente. Questa cosa viene totalmente rifiutata sia da Antonucci che, modestamente, anche da me. L’antipsichiatria non è il nostro terreno e non lo è nemmeno l’anti-istituzionalismo psichiatrico di Basaglia, anche se lo condividiamo. Essere anti-istituzionale significa essere contro il manicomio, contro la forma chiusa della cura, non contro la forma aperta della cura. Invece si tratta di vedere che la forma anche aperta della cura, se, poi, esistono delle forme aperte questo è tutto da verificare, se c’è cura psichiatrica si implica, più o meno, un tipo di reclusione, o concettuale, o mentale, o di reclusione, o farmacologia. L’anti-istituzionalismo è un approccio sociologico al problema psichiatrico, contro il manicomio come istituzione, come pareti. Siamo tutti contro la chiusura manicomiale, ma noi ci rendiamo conto che siamo schiavi di un concetto manicomiale, di una logica manicomiale che è quella della non accettazione delle differenze individuali all’interno delle normalità, ma comunque all’interno di una separazione tra normale e anormale. Allora si dice l’anormale non va messo in manicomio, ma va curato da qualche parte perché comunque è anormale. Quindi anche il migliore Basaglia resta all’interno del campo della cura. Tutti noi ci auguriamo che ci siano più Basaglia e meno organicisti. Resta il fatto però che alla fine non si supera la manicomialità se non si supera la logica manicomiale e, quindi, la psichiatria, in quanto fondata su un concetto di malattia mentale che è tutto da verificare. Questo è il problema. È incerto, è ambiguo, è basato sulle sabbie mobili.

Ora, l’antipsichiatria corre il rischio di cadere nel dogmatismo opposto. L’approccio non psichiatrico dice né la psichiatria, né l’antipsichiatria. Non si può prescindere dall’uomo. E’ il comportamento umano che è così. L’antipsichiatria vive della psichiatria. Noi, invece, siamo nel filone non psichiatrico.

Se abbiamo bisogno di un approccio ideologico, io me lo sono costruito: l’Ecologia Umana.

Come vi siete conosciuti con Antonucci?

Nell’82 conosco Giorgio Antonucci. C’è l’unione fra tutte le elaborazioni con l’Ecologia Umana e l’esperienza anti-manicomiale di Antonucci. E’ il punto di fusione tra teoria e pratica.

Ci teniamo a questa unità-varietà, io e Giorgio. Tra noi c’è una fraternità intellettuale.

Nell’ottobre del ’91 fondo il Telefono Viola.

Ci siamo conosciuti perché io lavoravo sul carcere, c’era una rivista che si chiamava “Assemblea” che si proponeva di alleggerire la situazione di molti detenuti. Stavamo nell’82-83 e c’era stata tutta la repressione carceraria dopo le prime derive di carattere terroristiche, dopo il movimento del ’68. C’erano parecchie persone, anche giovanissimi, molti politici. C’era il problema del rispetto dei diritti umani, per le torture. Facemmo, insieme al Partito Radicale, un libretto di denuncia contro le torture, adesso non so che fine ha fatto, dove è finito...

Era il tempo in cui facevamo questa rivista dove ospitavamo articoli di detenuti e anche di teorici, di umanisti che lavoravano su questo discorso del carcere e

contro la segregazione, quindi, conobbi Antonucci. Antonucci ci chiamò e ospitammo un articolo suo contro i manicomi giudiziari, che erano l'anello, anzi sono l'anello perché ancora ci sono, tra il manicomio e il carcere. Le due cose insieme sono il manicomio criminale. E' sul carcere che ci incontrammo con Antonucci, poi passammo ad una visione più profonda dei luoghi della segregazione, che non erano solo il carcere. Io scoprii i manicomi.

Antonucci è uno psichiatra?

Antonucci è, e non è. Da un punto di vista formale, di carriera universitaria, lui non è psichiatra, ma lo è in quanto amministrativamente ha raggiunto il primariato ad Imola, come responsabile medico di reparti autogestiti. Però lui sottolinea sempre che non ha mai preso la specializzazione in psichiatria, non l'ha mai voluta prendere. La specializzazione si prende nei "campi di concentramento", diceva. Lui è un medico analista.

Ci ritroviamo diversi anni dopo, quando io comincio ad elaborare un pensiero che vieta l'esperienza del carcere, contro i "braccetti della morte". Vado ad Imola e concretamente faccio le interviste a Giorgio e vedo come lui opera contro la segregazione. La mia esperienza e la sua si uniscono.

Non essendo più sufficiente il pensiero anti-carcerario e anti-istituzionale, mi incontro con il movimento forte di quel momento che era il movimento ambientalista, nel '79-'80, adesso già non lo è più, ma allora lo era. Arrivo a questo approdo con i temi marxisti, ero imbevuto di teorie marxiste, ma "il movimento che cambiava le cose" era quello ecologista. C'era tutto questo portato del movimento precedente, anti-istituzionale, anti-carcerario, che restava quasi sincopato, diviso da questo movimento ecologista. Io tento un'unione, nel mio piccolo e nelle mie possibilità. Non volevo inserire tutto questo all'interno di un pensiero accademico. Nasce l'ecologia umana. Il rispetto delle differenze che porta alla lotta alla segregazione, all'omologazione e l'innesto nel movimento ecologista che è l'unico movimento di fatto che nella sua pratica ha una visione intera. Io mi auguro che i filoni universitari si aggregino perché darebbe forza, contenuto, spessore.

Nasce il CEU, Centro di Ecologia Umana, aderisce a Legambiente. Adesso il CEU è un'associazione autonoma, così come è stata pensata all'inizio con un suo statuto. Nel campo psichiatrico, nel 1991, costituisce questo strumento: il Telefono Viola. Io insieme ad altre sette persone, erano giovani universitari, qualcuno faceva antropologia, lettere, psicologia uno, due... Il responsabile coordinatore era una giardiniera, perché attraverso il discorso sulle essenze delle piante, venne fuori questa giardiniera, Paola, che aveva una sensibilità particolare.

Abbiamo iniziato nell'ottobre del 1991. E' iniziato prima il Telefono Viola con atto notarile e il CEU è stato costituito dopo da un punto di vista formale, nel luglio del '92. Il Telefono Viola preesiste in termini formali, ma il CEU venne prima con la sua pratica. Così con il CEU avevamo cominciato a fare una campagna, storica, contro l'elettroshock, prima che il Telefono Viola esistesse. Abbiamo raccolto migliaia di firme contro l'elettroshock.

Quando arrivava l'intervento formale del Telefono Viola con la sua carta intestata, suscitava un certo rispetto negli ambienti psichiatrici.

Qual era la reazione di fronte a queste iniziative?

A queste iniziative abbiamo lavorato con altre associazioni come il Comitato dei Diritti dell'Uomo, alcuni Verdi, alcuni Radicali, c'era Athos De Luca. Tutto poi è confluito dentro la tematica del Telefono Viola. Di fatto non è che c'è stata un'abolizione dell'elettroshock, dopo le nostre iniziative, però a livello regionale del Lazio, c'è stata la prima regolamentazione dell'uso dell'elettroshock in Italia,

che ha imposto sotto forma di procedure, emesse dalla Regione, la necessità del consenso informato, prima che ci fosse la somministrazione di quella che loro chiamavano e chiamano ancora “terapia elettroconvulsivante”, cioè di fatto l'elettroshock.

Terapia elettroconvulsivante e non elettroshock. Una persona che entra in libreria, trova il libro di Cassano (“E liberaci dal male oscuro” di Zoli Serena e Cassano G. Battista, 2003, Longanesi) e lo legge, può trovarlo convincente...

È convincente perché comunque una trasformazione la opera. La terapia elettroconvulsivante non è che non fa niente. Ma qui c'è il concetto di benessere, il concetto di integrità, il concetto di bene. Sono tutte procedure che non sono mai state sottoposte a processi scientifici. Sono tutte induzioni derivate soprattutto da condizioni soggettive di benessere, alcuni pazienti dicono “mi sono sentito meglio”, molti però si sono sentiti talmente peggio che non hanno potuto parlare, quindi è del tutto variabile, soggettivamente. Tutti, contrari e favorevoli dicono che c'è una perdita di memoria, alcuni breve, alcuni lunga, comunque c'è perdita di coscienza di sé.

Antonucci critica molto la psichiatria organicistica, dice che non hanno nessuna base scientifica e che non c'è una prova della malattia mentale, invece Cassano afferma il contrario.

Perché è quella che dà più prospettiva, più effettività, cioè si vedono i cambiamenti. Ci sono dei cambiamenti che in pochissimo tempo operano una trasformazione della persona. In un lungo tempo, non è così. Conosciamo delle situazioni in cui si torna ad essere quello di prima con degli aggravanti di instabilità. Il problema è il processo causale che è il discorso dell'origine chimica della malattia mentale, per cui si dice che siccome ci sono dei processi neurologici che derivano dalle sostanze chimiche prodotte dal cervello, più o meno serotonina, questo dipenderebbe da una condizione di malattia. Mentre invece moltissimi psichiatri anche organicisti americani dicono che questo è un effetto. La differenza di serotonina può dipendere da una condizione della persona che è reattiva rispetto ad una condizione ambientale. Viene prodotta, più o meno serotonina in base all'integrazione con l'ambiente e non il contrario. Come si stabilisce il processo causale in che linea va? Mancando questo non c'è verificabilità scientifica della cosa, si annaspa. Il discorso è molto lasciato alla libertà. Deve essere lasciata la libertà di scegliere, non sia condizionata la persona umana a farsi per forza le cure. Il problema è il Trattamento Sanitario Obbligatorio e non quello che pensa lo psichiatra della malattia, e che c'è un obbligo della persona ad essere trattata in un certo modo. C'è una perdita della libertà fisica, personale e dei diritti. La cosa non è accademica, perché in questo caso ognuno può avere la sua idea. Ma mentre la nostra idea non comporta schiavitù nelle persone, altre idee comportano schiavizzazione nelle persone, quindi condizionamento fisico. Il bloccaggio fisico della persona. Non capisce lui stesso quello che si fa e quindi ci sono altri deputati a capire per lui, fino al blocco fisico, al condizionamento fisico che è il Trattamento Sanitario Obbligatorio. Il TSO, non solo non è finito, ma a causa di questo pensiero psichiatrico è lo strumento principale della psichiatria. È obbligare una persona a farsi curare. È l'unica branca della medicina, questo lo dice Szasz chiaramente, dove il paziente è involontario. Si nega la condizione propria di onestà iniziale, che è nel giuramento di Ippocrate, della medicina. Tu non puoi obbligare una persona a farsi curare. È una medicina che esce dalla medicina. Per questo la psichiatria non la inseriamo nel campo della medicina, della scienza. La inseriamo nel campo del trattamento comportamentale. La

psichiatria utilizza una strumentazione di tipo medica, concettualmente legata alla sanità, per poi di fatto fare regolamentazione del comportamento, subordinando tutto ad un pensiero di che cos'è civiltà e che cosa non lo è. Cos'è salute mentale e cosa non è in quella storia, in quel popolo, in quella nazione. Per cui se obbligare la persona a curarsi è importante per l'affermazione del potere, ma allora lo si usa senz'altro. Questi strumenti sono fioriti tantissimo all'interno delle fasi dittatoriali, unisce tutti i sistemi dal comunismo sovietico all'America. C'è la dittatura sul comportamento nel pensiero iperliberista americano e nel pensiero sovietico, dittatoriale, stalinista.

Possiamo dire che c'è stata veramente una chiusura dei manicomi?

Il TSO è il manicomio oggi. Il manicomio non sono i muri. Il manicomio è un concetto di privazione della libertà per il trattamento, perché si attribuisce a uno o due medici la possibilità di chiudere una persona e privarla della sua libertà. C'è stata una chiusura dei manicomi? No, c'è stata una modificazione dei manicomi. Da una situazione più carceraria, muraria ad una dimensione più piccola e decentrata sul territorio. Io lo chiamo "terricomio". Per certi aspetti Antonucci dice che è meglio il manicomio, per l'ambiente, per i lunghi viali, pensiamo al Santa Maria della Pietà che aveva un bel parco.

Basaglia si è fermato alle istituzioni, ha de-istituzionalizzato. La legge per la riforma doveva continuare con Antonucci.

Per vedere quanto un paese è civile, bisogna vedere come vengono trattati i malati di mente. La psichiatria è come la cartina tornasole della civiltà di una società.

Il Telefono Viola è anche un telefono di ascolto oltre che di denuncia?

Sì, sin dall'inizio era un telefono vero e proprio. Le persone trovavano sollievo quando chiamavano. L'ascolto è fondamentale. L'ascolto fa da tré d'union fra chi pensa che sia necessaria la cura e chi pensa che non sia necessaria la cura, ma sia necessario l'ascolto, appunto. È fondamentale perché fa parte della dimensione umana. Per me anche la comunicazione è terapia. Io sono un docente di comunicazione, per me la comunicazione è terapia, ma non la chiamo terapia, perché tutto può diventare terapia: l'acqua è terapia se una persona non beve da tre giorni! Sta bene non solo fisicamente, ma anche psicologicamente, si metterà a ridere e a ballare, finalmente... ma ha preso solo acqua, dopo tre giorni nel deserto! Quindi che ti inventi, che l'acqua è psicoterapia? Adesso si dice che i cavalli sono psicoterapia. O la delfino-terapia. Ed io dico che certamente andare a cavallo fa bene, uno si diverte, soprattutto se ha i soldi... Tutto quello che piace fa bene, ma che questo sia la cura di una malattia, no, questa non è la cura di una malattia.

C'è, oggi, nella nostra società, sempre la tendenza a dire che tutto è malattia e al contrario tutto è terapia.

È anche comodo, vuoi mettere quello che costa fare una psicoterapia che dura sei mesi. Costa tanto, ci sono degli interessi. Ci sono delle categorie, e non voglio dire tutti gli psicologi o tutti gli psichiatri, ci possono essere delle differenze, ma il discorso è legato al concetto di come una persona giudica l'altro. Questo è l'approccio non psichiatrico. Noi abbiamo trovato e ancora troviamo persone che ragionano in termini di psichiatria organicistica, di psichiatristo pur non essendo psichiatri. Un genitore che dice che la figlia è malata di mente perché pensa che la mattina si alza e crede che partorirà Gesù Bambino (caso seguito dal Telefono Viola di Roma), e in base a questo concetto chiude a chiave la figlia in casa, come è successo, ed evita che questa parli con tutti, per me non è malattia mentale. Questo è fare psichiatristo. La ragazza era ricoverata al

Sant'Eugenio e ci telefonò. Tantissime le situazioni di questo tipo. Lo psichiatra è quello che poi si veste di questa visione dei comportamenti. Ma il dato grave è questa visione, che se per caso se ne andassero su Marte, tutti gli psichiatri, la Terra sarebbe piena ancora di psichiatria. Siamo tutti imbevuti di questa concezione del comportamento che o è omologo, o sta dentro un limite, dentro una fascia più o meno larga, oppure è out, non è umano è subumano che va trattato come inferiore. Certamente come inferiore, perché in base a questo concetto di esclusione e di anomalia si costruisce tutto un percorso di cure che corrisponde più o meno a minore libertà o maggiore libertà. È l'estensione fisica, la possibilità di muoversi nello spazio che dà lo psichiatra alla persona giudicata malata di mente che definisce proprio che questa cosa non ha niente a che fare con quello che ha dentro, nel cervello, ma è soltanto un'attribuzione di un pensiero ipotetico, arbitrario da parte del soggetto che giudica. Ma i soggetti che giudicano sono tanti quanti sono gli abitanti della terra. È la crescita del pensiero umano che porta a liberarsi. Non è il liberarsi dagli psichiatri. Questo lo dico perché c'è stata una grossa battaglia interna, tra i Telefoni Viola. Bisogna stare attenti a dire: so io qual è la verità. A questo punto sono io che faccio lo psichiatra e divento categorico. Tutta questa effervescenza antipsichiatrica quasi rende fisico lo scontro. Invece lo scontro è essenzialmente culturale. Forse lo scontro culturale più forte che c'è e che trama sotto. Ancora riemergerà questo discorso sul diverso-malato mentale, chi cura chi. Quindi non è che bisogna avercela solo con gli psichiatri. Ecco qui una forma, nostra del CEU, che è più rispettosa anche di chi la pensa diversamente o l'opposto, quindi dello psichiatra stesso. Che facciamo il TSO a uno psichiatra che la pensa diversamente da noi?

Ancora oggi c'è questo problema all'interno del Telefono Viola, non tutti la pensano così.

Le cose si sono evolute, ma ci sono stati degli scontri notevoli su cose interessanti e ci sono sempre delle tendenze da controllare su questa cosa. A non esagerare, non esasperare e a non prendere posizioni ideologiche. La psichiatria è ideologia e non si può fare ideologia contro ideologia.

La prima battaglia è stata contro l'elettroshock e poi?

Sì, con la quale venimmo ad una regolamentazione. Un risultato notevole per le forze in campo. Dopo la Regione Lazio anche in altre regioni ci furono delle regolamentazioni. Anche se alcuni di noi non si accontentavano, non volevano una regolamentazione, ma l'abolizione. Per l'abolizione, però, non erano maturi i tempi. Ancora adesso non sono maturi i tempi, molti pensano che l'elettroshock sia una cosa magica che funziona. Il CEU di adesso è impegnato dentro al carcere. Anche su questo prima eravamo contro il carcere tout court, proprio perché il carcere di per sé crea separatezza. Non educa, non rieduca, non reinserisce, ma peggiora la situazione. Adesso si ragiona con questo problema, non riusciamo ad intravedere un orizzonte, cioè una società senza carcere. Se si vuole procedere, comunque, già all'applicazione del trattato costituzionale, quindi che la pena non può consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e il condannato deve essere comunque reinserito nella società (articolo 27 della Costituzione Italiana: "*Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato*"), per me sarebbe impossibile farlo senza Ecologia Umana. Cioè senza partire dal concetto della tutela delle differenze, della ricerca dell'ambiente comunicativo come la soluzione del problema. Per questo nel carcere cerchiamo di realizzare un ambiente più comunicativo tra detenuti e detenuti e tra detenuti e l'esterno, cioè creare dei ponti. Questo è dovuto al concetto eco-sistemico, per cui qualunque cosa succeda, comunque interessa tutti. Ogni fenomeno viene

inquadrato in un bacino di utenza molto più grande e che è quello eco-antropologico. Questo bacino eco-antropologico andrebbe quasi individuato come un lago, un mare. Ogni trasgressione che si compie anche contro la società ha un'origine che va al di là della sola responsabilità individuale. La responsabilità individuale si comprende all'interno di un contesto molto più ampio dove bisogna operare. I "Riina", i mafiosi, nascono all'interno di un ambiente. Non si vuole negare la responsabilità individuale, ma non ci si può dimenticare delle caratteristiche di quell'ambiente che influisce sulla vita delle persone. Quando vedi su un elenco di trenta, quaranta detenuti, tutti nati quarant'anni fa a Catania, tutti carcerati all'età di vent'anni. Io non credo che ragazzi di vent'anni, di Catania, di quarant'anni fa erano tutti nati per essere mafiosi. È perché c'è stata una situazione storico-sociale, quindi mancanza di lavoro, tradizioni culturali che avrebbero quasi preventivato la carcerazione e questo proliferare della mafia. Sono stati arrestati a diciannove-vent'anni di età e, ad oggi, si sono fatti venti-venticinque anni di carcere. La gente ha paura di loro come se fossero stati carcerati tre anni fa e pensa che tutti hanno squagliato i bambini nell'acido.

Non si accetta nemmeno il carcere come riabilitazione e rieducazione, come dice la Costituzione. Cioè una persona può cambiare, gli si deve dare la possibilità di farlo...

No, purtroppo. La riabilitazione è considerata quasi come un premio. Perché si devono riabilitare? Quelli devono stare separati, fare il carcere e basta. E se si accetta un reinserimento, va bene, purché lontano da casa mia... Un po' come i rifiuti. Questo è un'altra cosa che lega i diritti umani con i rifiuti e l'ambientalismo. I rifiuti sì, ma lontano.

Come i rifiuti, irrecuperabili.

È irrecuperabile anche il detenuto che è stato dichiarato innocente ed esce dopo due anni di attesa di processo. Il 30% dei detenuti, in Italia, è in attesa di giudizio, ancora adesso con tutto che si parla di riforme. La gente, il sistema l'ha già etichettato.

L'etichetta è qualcosa che lega sia il carcerato che il malato mentale.

Lo stigma sociale.

Importante per l'Ecologia Umana è il concetto di disinquinamento relazionale, così come nel mondo dell'ecologia semplice. La nostra visione eco-antropologica. Ecologia, eco, Umana, antropos e da qui l'approccio antropologico. Io spesso ho parlato di approccio eco-antropologico.

Per noi eco-antropologi il disinquinamento non è soltanto quello fisico, ambientale, ovviamente siamo tutti impegnati contro l'inquinamento della natura, però diciamo che la relazione umana è inquinata. È spesso inquinata. Troppo spesso inquinata. Quasi sempre inquinata. In un convegno, che non ricordo nello specifico quale, dell'Ecologia Umana (abbiamo fatto 9 convegni) in uno di questi appunto parlavo di inquinamento relazionale. Con l'esigenza di andare ad individuare i fattori inquinanti della relazione, perché come in natura noi sappiamo che il nostro mondo è inquinato, (il ragazzino non lo metti dietro il tubo di scappamento della macchina), così dobbiamo identificare i fattori che inquinano la relazione umana. Questa sarebbe una grossa ricerca da fare in ambito universitario, io vorrei farla e sono impegnato in questo, inserire a livello accademico tutto questo.

Individuare i fattori che inquinano la relazione umana, in che consiste l'inquinamento relazionale? Gli psicologi un po' dicono, così, scimmiettando, ma spesso travisano, anche perché i nostri convegni sono andati in giro, me ne

accorgo anche da internet. Io individuavo come fattore “il potere”, cioè già come la relazione è impostata. Da qui tutte le relazioni dove chi sta sopra già ha ragione, perché sta sopra. Il padre già ha ragione, perché è il padre. Se non si passa dalla subordinazione all'integrazione il potere del padre è un fattore di inquinamento. Tra coniugi dove c'è il marito che prevarica, perché è quasi sempre il marito, la prevaricazione del comportamento è una forma di occlusione, una forma di intasamento, come l'acqua che non scorre e fa stagnazione. C'è un parallelismo molto forte tra inquinamento naturale e inquinamento umano. Queste sono cose che stiamo adesso, a poco a poco, maturando. Chissà dove andranno questi concetti.

Dagli studi effettuati si evince proprio questo, siamo solo agli inizi.

Noi stiamo all'interno della preistoria della cultura umana.

Qual è stata la tua formazione?

La mia formazione è filosofica. Ho studiato per l'Ecologia Umana tutti i grossi filosofi contestualisti. Edgar Morin è uno di questi, perché fa un discorso dell'autorganizzazione dei processi evolutivi. Inoltre è un grande punto di riferimento perché comincia ad introdurre elementi di insoddisfazione rispetto ad un approccio neurologico piattamente scientifico troppo legato all'evidenza. Parla del cervello tri-unico, ci sono i due emisferi, però c'è qualcosa in altro emisfero che fa pensare il contrario di quello che uno pensa. La capacità di riflettere su se stessi che è tipica di questo cervello tri-unico. La facilità di debordare tipica, specifica della specie umana, del nostro cervello. Questo è fondamentale. È in parallelo quello che dice Oliver Sacks, facendo uno studio più strettamente scientifico legato alla neurologia. E noi ci auguriamo che aumenti la neurologia più che la psichiatria. La neurologia veramente fa un discorso scientifico. Quando vedi che quella funzione cerebrale è una funzione cerebrale naturale, quella di superare se stessi, di fantasticare, farneticare è specificamente umano, perché altri animali non ce l'hanno in modo così sofisticato come il neoencefalo umano. Allora ci troviamo davanti ad uno strano assurdo: che è naturale nell'uomo essere innaturale, che è naturale del cervello umano debordare. Quindi quando sento dire: «è uscito pazzo» per me no «è uscito uomo» direi. È uscita una parte dell'uomo che non si vedeva, che era soffocata dalla cultura, dall'ambiente, dal perbenismo.

C'è il rifiuto della fragilità umana.

Sì, perché poi le cose sono in profondità. Se si apre una finestra di botto del settimo piano di un palazzo e una persona comincia a gridare, per noi non è una persona che è «uscita pazzo», certo il modo di dire di tutti è quello. Il modo di dire nostro non è così perché è già deviante, veramente «devia», cioè ti fa capire una cosa per un'altra. Il nostro modo, lo dicevo agli operatori nei corsi di formazione che facevo, è: andate a vedere dietro nella camera da letto, nella camera da pranzo, nella camera dei bambini, cosa è successo. Può darsi che sia successo qualcosa dietro che l'ha fatta gridare e gli ha fatto spalancare le porte. Soprattutto se la persona accenna a buttarsi giù per farsi fuori perché determina lucidamente che la sua soluzione può essere soltanto quella di un'uscita dall'esistenza, per la psichiatria è proprio il segno evidente della malattia psichica: il tentativo di suicidio. Per noi, invece, è il segno evidente che la persona è esasperata, che sta male, che cerca comunque una via di uscita, manda un segnale anche coraggioso. Primo Levi che si butta dalla tromba delle scale non è un pazzo, ma è uno che manda un segnale: guardate che qua non è cambiato niente stiamo ancora ad Auschwitz.

C'è la bellissima canzone di De André, *Preghiera in gennaio*, dove si parla del suicidio come un atto di grande coraggio contro l'odio e l'ignoranza.

Si è bellissima. La cultura alternativa è venuta fuori dalle canzoni, dalla poesia, dall'arte. La cultura affermata invece è quella psichiatrica. Nessuno fa niente per capire dietro la camera da letto che cosa è successo. Ho trovato persone che dopo anni di segregazione psichiatrica nessuno si era posto il problema di capire realmente che cosa gli fosse successo prima. Certo oggi c'è molta psicologia, c'è molto fare in questo senso, ma lasciando immutato comunque il pensiero psichiatrico.

La psicologia che limiti ha?

La psicologia è l'ancilla della psichiatria.

Gli operatori del Telefono Viola avevano avuto loro stessi problemi con la psichiatria?

Io ero un po' contrario a questo, perché uscirne non è una cosa semplice. Qualcuno andava in risonanza ad ascoltare problemi sentendoli da terzi, quindi poteva star male. Altre volte poteva essere anche utile invece. Ma il fatto di avere avuto delle esperienze negative non garantisce di avere una visione più chiara e non-psichiatrica come diciamo noi dell'Ecologia Umana.

Oggi come continua il tuo lavoro in questo campo?

Dallo scorso anno ho iniziato, lì dove mi chiamano, dei corsi di formazione nelle Asl. Perché alcuni psichiatri e psicologi, al di là delle polemiche, hanno individuato che il mio approccio filosofico, sociologico di ricercatore libero, potesse essere utile a certi processi di ristrutturazione delle strutture intermedie della psichiatria che sono venute dopo la riforma. Io, senza fare la polemica, perché la polemica la facevamo all'inizio, oggi mi rapporto di fronte alla stessa persona che viene chiamato paziente, ospite, cliente, soggetto e di fronte alla sua situazione mettiamo in comune gli approcci e vediamo dove arriva uno con la diagnosi psichiatrica e dove arriviamo noi con l'approccio eco-antropologico, quindi l'esame eco-antropologico, l'analisi eco-antropologica. Già si è cominciato ad affiancare l'approccio eco-antropologico. Che cosa diventa la prassi in queste strutture e di chi opera alla salute mentale, psichiatri? Che dovrebbe favorire la salute mentale, cioè lo star bene della persona. Ma come può l'Ecologia Umana far star bene? Io ho fatto formazione a psichiatri, psicologi, infermieri insieme con l'Istituto di Gruppo Analisi di cui sono il responsabile della formazione. Dopo essere andato in pensione dall'Eni, dove ho lavorato come coordinatore dei corsi di comunicazione presso la Scuola di Formazione interna, sono stato contattato da un collega che già faceva questa formazione. Io ho portato l'approccio professionale della formazione e della comunicazione, però legato a questa concettualizzazione dell'Ecologia Umana, non vedendo, quindi nella persona il concetto di malattia o non malattia mentale, ma vedendo un modo di comportarsi che aveva comunque delle forme di spiegazione che doveva essere intelligibile all'interno di una storia. L'esame eco-antropologico è la storia del paziente da quando nasce a quando sta male, la famiglia che ha avuto, la scuola, il paese dove è vissuto, come lo hanno trattato.

Il lavoro antropologico della professoressa Romano è stato questo stesso lavoro della affermazione dell'intera storia umana della persona. L'importanza del raccontarsi e dell'ascolto come cura di sé. Studi effettuati anche da Demetrio.

Anche la psicanalisi nasce da questa visione storicistica del comportamento e che va rivalutata, perché di fronte al comportamento diatonico, anomalo, non si

dica che c'è qualcosa dentro al cervello che non funziona. Non riescono a dare credibilità ad un comportamento umano che non è omogeneo con i comportamenti precedenti. Loro ritengono che il range della normalità sia quello lì e che superato quel range la persona è anormale, per noi no, non c'è questa cosa, non è il range. Per noi tutto quello che manifesta l'uomo è assecondabile ad un'ottica di tipo razionale. La razionalità, non è che significa piacevolezza, questo è anche l'equivoco, noi non diciamo che quello ha fatto bene, uno aveva preso una bottiglia e l'aveva data in testa alla madre, episodi così succedevano spesso al Telefono Viola di Roma...

Le varie storie ascoltate al Telefono Viola non sono state trascritte e custodite in qualche modo?

Le storie più significative sono state riportate nel libro, alla sede del Telefono Viola avevamo un libro appena appuntato. È stato un gran caos da questo punto di vista, io poi anarchico di pensiero e di natura, non curai bene questo aspetto. Probabilmente un'organizzazione più seria di noi avrebbe fatto le cose meglio! Avrebbe lasciato questa storia in maniera più leggibile. Questo me ne dispiace molto. Comunque, a parte questo, l'analisi eco-antropologica sta diventando uno strumento importante nelle Asl di Nuoro e di Cagliari, parlo davanti a psichiatri e nessuno si scandalizza. Questo è importante.

Giorgio Antonucci oggi cosa fa?

Purtroppo ha qualche problema di salute. Non è facile raggiungerlo. Rimane, comunque, uno degli uomini di maggiore esperienza al mondo sulla questione psichiatrica. Szasz riconosce in Giorgio Antonucci la persona che ha il pensiero più lucido tra i medici e in me riconobbe il pensiero più lucido tra i non medici. Szasz aveva preconizzato la fine del Telefono Viola di Roma perché mancavano i finanziamenti.

Ci volevano comunque molti mezzi, bisognava avere le mattine libere, bisognava pagare le bollette...Ho sospeso allora il Telefono Viola di Roma.

La mia scelta anarchica, diciamo, che è stata perché ho pensato che se io chiudevo Roma, allora erano chiusi anche gli altri Telefoni Viola. La mia non è stata una scelta centralista, proprio perché gli altri telefoni potessero andare avanti.

Questa era la chiarezza degli inizi. Poi al Telefono Viola c'è stata la confusione.

Una confusione in parte causata da me, perché sono antigierarchico e anarchico.

Io dico sempre che l'ho fondato e l'ho affondato il Telefono Viola. Il Telefono Viola come diaspora, come struttura decentrata. E' giusto che sia così. Nessun Telefono Viola può dare il d.o.c.

Oggi il Telefono Viola va avanti in altre città a seconda delle possibilità che si hanno, sempre con grandi problemi di carattere economico e organizzativo. Pensiamo che significa organizzare la difesa di una persona!

Perché è stato scelto il colore viola?

Ho scelto il colore viola, anche questo è coerente, perché è un colore marginale. Ma ha il suo profumo caratteristico. Poi anche perché il fiore, la viola, è un fiore che non è facilmente sradicabile, non si può portare da altre parti e in questo c'è il discorso dell'internamento e dell'allontanamento dal proprio habitat. Poi il viola è un colore delle donne, le donne tante volte vittime della psichiatria più degli uomini.

**Intervista a Giorgio Antonucci
Firenze 9 maggio 2005**

Dai suoi scritti lei non si colloca nell'antipsichiatria classica (Laing, Cooper), ma parla di approccio non psichiatrico.

Thomas Szasz nella prefazione al mio primo libro questo lo scrive. Fa una critica di Laing e di Cooper e poi appunto si riferisce a me e al mio lavoro come un pensiero che non rientra di nuovo dentro la psichiatria. Perché Laing e Cooper e anche altri come Esterson, dicono delle cose che sono il superamento della psichiatria, poi ne propongono altre che ritornano sul pensiero di prima. Allora Szasz, nella prefazione a quel mio primo libro, dice che io non ritorno indietro. Una critica radicale, una volta fatta, si ragiona in un altro modo.

Lei ha iniziato autonomamente e contemporaneamente rispetto all'esperienza di Basaglia.

Sì, io ho cominciato in modo autonomo. Io non ho iniziato nelle istituzioni, ma fuori dalle istituzioni qui a Firenze. Mi sono occupato di evitare alle persone di essere internate. O di evitare alle persone di essere sottoposte a trattamenti psichiatrici. Tutte e due. Cioè io ho cominciato non solo contro le istituzioni, ma anche contro l'interpretazione psichiatrica nelle vicende delle persone che finiscono per trovarsi in questi guai. Ho cominciato con una persona che ho conosciuto proprio vicino casa mia. Andando verso Fiesole, c'era l'Istituto di Psicopsicologia, c'è ancora, ma allora era quello del suo autore Roberto Assagioli, che abitava lì, aveva lì il suo studio e una sala per gli incontri. Un amico medico che sapeva che mi interessavo anche di problemi psicologici, mi disse che c'era questo dottor Assagioli che faceva delle riunioni di domenica e mi disse che io potevo andarci perché forse mi interessavano. Io ci andai e lì si discuteva di problemi psicologici. Io intervenni diverse volte nella discussione col dottor Assagioli, allora lui, in seguito, mi cercò e mi fece chiamare. Si fece amicizia. Lui era uno junghiano ed era quello che aveva introdotto la psicanalisi in Italia. La psicanalisi è stata introdotta in Italia in ritardo perché la Chiesa cattolica era contraria all'inizio. Il primo articolo che parlava di psicanalisi è stato scritto da Roberto Assagioli. Lui poi aveva elaborato, riflettendo sulle teorie di Jung, un suo modo di vedere che era chiamato psicopsicologia. Questo modo di vedere mi interessò, perché lui pensava che più che analizzare la vita delle persone era molto più interessante occuparsi, insieme a queste persone, di stimolare la creatività, la sintesi psicologica. Le persone hanno tante risorse che secondo lui andavano stimolate per raggiungere degli equilibri. Io mi misi a discutere con lui e cominciai a frequentare queste riunioni, dove conobbi una signora, che allora aveva circa sessantacinque anni, che attaccò discorso con me e si fece amicizia. Io, allora, non ero interessato ai problemi delle filosofie orientali, invece Assagioli e questa signora, che si chiamava Elena, sì. Erano molto interessati al pensiero indiano, si era negli anni 65-66, non era così di moda l'esoterismo come va di moda ora. Allora io facevo il medico e Assagioli mi chiamava anche per sé e per la moglie quando aveva problemi di salute, le misuravo la pressione, le sentivo il cuore, abitava qui vicino e spesso andavo da lui, un giorno andai e lo trovai con un'altra signora che stavano parlando di Elena e pensavano che avrebbero dovuto, come già avevano fatto altre tre volte, ricoverarla in una clinica psichiatrica qui sulle colline fiorentine. Era la clinica del professor Ugoccioni, una clinica privata dove venivano ricoverate persone che si ritenevano avessero problemi psichiatrici. Io sentii fare questo discorso e siccome conoscevo bene Elena e gli dissi: che state facendo? Perché ricoverate questa persona? La conosco e non vedo qual è il motivo. Allora loro mi spiegarono che aveva, secondo la definizione classica, il delirio di persecuzione perché non andava

d'accordo coi vicini, certi periodi non li sopportava allora la mandavano in clinica, la tenevano un po' lì, la riempivano di psicofarmaci e la rimandavano a casa. Allora io chiesi al dottor Assagioli, che già mi aveva detto che secondo lui ero capace di interessarmi di problemi psicologici, di darmi tempo almeno quindici giorni senza mandarla in clinica. Poi andai a parlare con Elena che abitava qui vicino al quartiere Le Cure. Lei mi spiegò tutti i problemi che aveva con i vicini. Tra l'altro lei abitava da sola e ad una certa età, una donna sola si impauriva facilmente, naturalmente. Aveva qualche problema con i vicini e si era spaventata. Allora io parlai con lei e le dissi che la volevano ricoverare e lei mi raccontò che già tre volte le avevano dato questa umiliazione e che naturalmente non era d'accordo. Ci andava perché aveva un gran rispetto del dottor Assagioli che era il suo maestro. Di malavoglia, ma ci andava, poi ci stava male e si lamentava. Io le dissi che si sarebbe discusso anche con i vicini su quali erano i problemi. Discussi con i vicini e tornai dal dottor Assagioli e gli dissi che non andava ricoverata, perché non c'era niente per cui doveva essere ricoverata. C'erano solo dei problemi reali che dovevano essere risolti. Se poi di fronte a dei problemi reali, gli dissi, una persona si spaventa e magari ci aggiunge anche qualcosa di immaginario io non ci vedevo niente di strano. Questa fu la prima persona che io salvai dal trattamento psichiatrico e dall'internamento. Il dottor Assagioli che aveva molti pazienti a Firenze, era molto conosciuto, cominciò a mandarmi delle persone. E quando poi sapeva che le persone, invece che avere soltanto dei problemi per cui si va dallo psicanalista avevano anche avuto rapporti con gli psichiatri, li mandava da me ed io cominciai ad interessarmi di questo. Così cominciai a lavorare non solo senza dare medicine e senza internare, ma affrontando i problemi reali per quelli che sono, come faccio ora. Per quanto i problemi siano complicati, per quanto i problemi siano difficili, per quanto una persona li possa trasformare con la propria fantasia, i problemi sono dell'individuo in rapporto a se stesso, in rapporto alla società in cui vive. Detto questo tutto il pensiero psichiatrico è tagliato fuori. Il pensiero psichiatrico dice invece che sia che i problemi dipendano da motivi psicologici, sia che dipendano da motivi organici, sia che il difetto lo trovino nella storia della persona, sia che il difetto lo trovino nella testa di una persona pensano che la persona ha la testa non a posto che deve essere curata. Questo è un discorso che io rifiuto completamente perché non è vero. Tra l'altro non c'è nessun elemento in medicina che faccia pensare a questa cosa. Mentre ci sono molti elementi per pensare diversamente. Infatti ultimamente la cosa più clamorosa è quello che è successo in Spagna. Il parlamento spagnolo ha fatto delle leggi che riconosce agli omosessuali il matrimonio e anche la possibilità di adottare dei figli. Tutta la storia della psichiatria è fondata sul fatto che l'omosessualità è una malattia. Anche Freud pensava così. Anche oggi ci sono alcuni, ho letto sul giornale, che hanno proposto di curare gli omosessuali con gli ormoni, sono quelli che pensano in modo organicistico, oppure con la psicoterapia quelli che pensano in modo psicanalitico. È una contraddizione enorme.

Da un punto di vista organicistico, glielo chiedo in quanto lei medico, scientificamente c'è qualche prova del fatto che il cervello si ammala e si modifica organicamente?

No, assolutamente, non ce n'è nessuna. Gli psichiatri organicistici se lo inventano. Lombroso diceva che ci sono delle persone che sono fisicamente diverse dalle altre, addirittura per la forma del cranio o della fisionomia. Con questo faceva sia il discorso psichiatrico, sia il discorso delle razze diverse. Ora gli psichiatri organicistici non possono più dire queste cose grossolane, ma dicono delle cose non dimostrabili. Dicono per esempio che agli omosessuali gli danno gli ormoni, perché sono squilibrati da un punto di vista ormonico, ma non

è vero. Poi, tra l'altro, già Freud aveva capito che noi non siamo già omosessuali o eterosessuali, noi siamo l'uno e l'altro, poi nella vita si fanno delle scelte. Noi siamo bisessuali, poi uno, secondo le sue esperienze, fa le sue scelte. Per cui da un punto di vista fisiologico siamo l'una e l'altra cosa, il resto è scelta.

Fa un po' impressione che si dica ancora oggi che l'omosessualità è una malattia.

Il problema ora si vede meglio di prima. All'università di Pisa dove c'è il primario Cassano, c'è stato un periodo in cui dicevano, uscì anche sui giornali, che l'amore è una malattia, il gioco d'azzardo è una malattia, poi i bambini vivaci sono diventati una malattia. Cioè attribuiscono l'etichetta "malattia mentale" a tutto quello che non gli sembra rientrare nelle regole e che vogliono rimettere in regola con la somministrazione di medicine. Il concetto che la somministrazione di medicine possa riequilibrare è un concetto che è alla base anche di chi fa uso di droga. Nel senso che uno che ha l'angoscia prende l'eroina, l'angoscia lì per lì gli passa, ma poi gli ritorna. Per cui il fatto che chimicamente si possa influenzare il nostro organismo è vero, ma è un'influenza momentanea che a lungo andare è negativa, quindi non serve assolutamente a niente. Non si tratta di medicine che curano una malattia, ma di droghe. Ci sono quelle legali che sono gli psicofarmaci e ci sono quelle illegali che sono l'eroina, la cocaina, gli spinelli e l'acido lisergico, però la differenza è puramente giuridica non è chimica né farmacologia.

Io sto facendo questa tesi con la professoressa Romano che insegna Storia delle Tradizioni Popolari indirizzo antropologico. Questa professoressa, attraverso le storie di vita, direttamente raccontate, ha voluto, innanzitutto, porre l'attenzione sulla dimensione umana della sofferenza mentale, troppo spesso trascurata dai saperi specialistici e tecnici più disponibili a rigidi incasellamenti diagnostici che al rispetto e alla reale comprensione della complessità delle cose. Il suo metodo è stato l'ascolto delle storie di vita di alcuni "ex-pazienti" del Santa Maria della Pietà. Dice nel suo libro: «La psichiatria certifica e autentica il malessere e la sofferenza in malattia. [...] La parola, è terapeutica e l'ascolto guarisce, purché stiano lontani dal rumore della tecnica e ne superino il vuoto etico e politico. Un ascolto attento, pieno, profondo, dialogico, empatico, comprensivo che riconosce l'altro come persona».

Sono d'accordissimo!

L'ascolto comprende meglio la complessità dell'animo umano. La psichiatria, invece, trasforma la sofferenza in malattia. Viviamo in un mondo che non vuole accettare la sofferenza, il male. Questa sofferenza diventa malattia nella psichiatria.

Questo è l'equivoco perché la sofferenza non è una malattia. Se io sento un dolore allo stomaco, il dolore è un segnale che mi dà l'organismo, perché potrei avere l'infarto, l'ulcera, la gastrite o qualche altra malattia, in questo caso il dolore è l'indicazione allora io vado dal medico per sapere cosa succede. Il medico si orienta su questa indicazione che do io. Il mio organismo se c'è qualcosa che non va me lo segnala attraverso il dolore. Se mi picchiano io sento male, perché se non sentissi male come potrei accorgermi di quello che mi sta succedendo? Allora il dolore è il segnale di qualche cosa che non va e può essere una malattia o altre cose, posso sentir dolore perché mi picchiano o posso sentir dolore perché ho qualcosa che non va dentro. Lo stesso è la sofferenza psicologica, se mi muore una persona cara non è che mi ammalò, ma sto male perché ho perduto una persona a me cara. E questo è il segnale che nella mia

vita spirituale, umana è successo qualcosa che è contrario alla mia sensibilità. Quando gli psichiatri dicono che una persona sta male, certo che sta male, ma sta male quando ha qualcosa di fisico che non va, sto male perché ho un tumore che sta andando avanti dentro di me e non lo so, allora sto male fisicamente, oppure sto male moralmente. Tutto questo non c'entra niente con la malattia mentale, assolutamente.

Per lei la malattia mentale non esiste?

No, la malattia mentale è un'invenzione, come dice Thomas Szasz. Come ho detto prima, affrontare il problema dell'omosessualità dicendo che è una malattia significa inventarsi un concetto falso per interpretare un problema vero. L'omosessualità può anche essere un problema sociale, un problema religioso o un problema etico, ma non è una malattia. La cosiddetta depressione: io posso star male per ragioni fisiche, mettiamo che ho un tumore ai polmoni o un enfisema, respiro male e mi sento male e questo è il malessere fisico. Oppure se penso che per questo tumore ai polmoni devo morire presto sto male moralmente, perché l'idea di morire presto mi fa star male moralmente. Ma sia il malessere fisico che il malessere psicologico non sono una malattia. E allora dire che la depressione è una malattia, è un'invenzione. Cioè, inventano qualcosa di falso per interpretare una cosa vera. Prima di Galileo molti, anche filosofi, non capivano perché gli astri si muovevano, allora pensavano che ci fossero dei cavalli celesti che li tirassero con una carrozza. Poi è arrivato Galileo ed ha scoperto che, per muoversi, un corpo non ha bisogno che qualcuno lo tiri. Lo stesso gli psichiatri hanno interpretato per due secoli ogni malessere come se fosse un difetto del cervello invece il malessere, in una persona che ha il cervello a posto, che c'è qualcosa che non va. E meno male che c'è questo segnale. Noi abbiamo sofferenze fisiche e sofferenze morali perché queste ci segnalano come va il nostro organismo e come va il mondo. È molto semplice.

Come sarebbe dovuta continuare una riforma della psichiatria dopo la legge 180, secondo lei?

Basaglia essenzialmente critica l'istituzione, il manicomio, però l'istituzione psichiatrica continua ad esistere anche se uno cerca di smantellare un manicomio o un altro. Questo perché ci sono delle leggi, nei vari paesi, che dicono che si può prendere una persona con la forza, contro la sua volontà e portarla a curarsi da qualche parte: questo è il manicomio.

A questo una persona non si può opporre se non è d'accordo. Per esempio c'è stato il caso di quella donna che non ha voluto che gli amputassero la gamba malata. I medici dopo averla avvisata del pericolo non hanno potuto fare niente se lei non voleva curarsi. Invece una persona che sta male e viene presa con la forza non può dire che non vuole curarsi.

No, perché non viene presa con la forza perché sta male, ma perché disturba, secondo loro. Uno che dice: «Io sono Carlo Magno» oppure dice: «Io sono la reincarnazione di Gesù» non è che sta male, sta dando dei messaggi che corrispondono ad un suo percorso spirituale o ad un suo percorso di pensiero. Che questo sia vero o non sia vero non ha nessun significato. Allora prenderlo e portarlo da qualche parte per costringerlo a cambiare pensiero, è una cosa assurda, comincia così il percorso del manicomio. Fin tanto che c'è una legge che permette di prendere una persona con la forza e di portarla in una clinica psichiatrica per essere trattata con la forza, c'è il manicomio. Non vedo la differenza tra il manicomio di Gorizia, che anche io insieme a Basaglia smantellavo, il manicomio di Trieste che Basaglia cercava di smantellare o il manicomio di Imola che io ho portato avanti nello smantellamento e una clinica

qualsiasi psichiatrica. Se una persona è triste e dice: «Vorrei ammazzarmi» i suoi parenti, sua madre, sua sorella, il suo fidanzato, la sentono che vuole ammazzarsi la prendono con la forza e la portano in clinica. Lei non ci vuole andare e naturalmente non ci sta volentieri, allora chiudono la porta, la chiudono dentro. Poi lei si ribella, allora le fanno un'iniezione in modo che lei non abbia più la forza di ribellarsi e la mettono in camicia di forza. Questo è il manicomio. Non si può separare l'istituzione manicomiale dalla possibilità di prendere una persona con la forza perché si pensa che non è capace di decidere da sola. Le due cose sono unite. Allora senza una critica alla psichiatria e al sistema giuridico che appoggia la psichiatria con il trattamento sanitario obbligatorio non si supera neanche il manicomio. Il discorso di Basaglia va completato altrimenti rimarrà monco. Cambierebbe tutto se la legge non permettesse più di prendere una persona con la forza per portarla da qualche parte. Se dicono che c'è una persona che disturba che discorsi sono? Allora una persona che disturba va presa e portata via? Se una persona commette reato è un altro discorso, si entra in un altro campo. Ma se la persona non commette reato non deve essere toccata. Il reato è un problema giuridico, ma è un'altra cosa. Infatti una volta a Milano Thomas Szasz diceva queste cose e un giornalista della repubblica in senso provocatorio gli disse: «Ma se uno violentasse sua sorella?» e lui gli rispose: «Nel mio stato per la violenza carnale c'è la pena di morte» per dire che un reato è un reato e se ne discute in termini giuridici. Se non c'è reato si discute in termini di realtà dell'individuo in rapporto con se stesso e con gli altri, ma la psichiatria non c'entra mai niente.

La psichiatria è comunque legata all'università.

Sì, certo, la psichiatria è legata all'università e l'università è sempre stata chiusa ad ogni critica. Io sono stato invitato varie volte all'università di Roma, di Milano, di Bologna, di Firenze, di Lecce, ma mai alla facoltà di medicina. Sono stato invitato in facoltà di filosofia, di sociologia, di lettere, di comunicazione di massa. A Firenze tante volte andavo da Pio Baldelli che era stato anche direttore di Lotta Continua in passato, era famoso. Lui stava alla cattedra di comunicazioni di massa. Mai nessuno mi ha mai invitato a medicina. La facoltà di medicina è chiusa nella tradizione. Volevo dire una cosa, inoltre, che non è che la critica alla psichiatria è cominciata con Szasz. È cominciata con Szasz come uno specialista, cioè lui è professore di psichiatria all'università dello stato di New York quando scrive *Il mito della malattia mentale* e non è cominciato con me che ho fatto il lavoro con questi criteri. Ma c'è già tutta una tradizione nel senso che anche tra gli psichiatri e anche nel passato già c'erano alcuni a cui le questioni non tornavano. Mi ricordo di aver letto un libro che si intitolava *La schizofrenia* di uno che si chiamava Jackson, un vecchio libro, in cui nella prefazione lui stesso fa tutto l'esame della situazione e dice che si potrebbe dire che la schizofrenia non è una malattia. Dal punto di vista della malattia il discorso non torna. Ci sono stati anche altri prima che hanno criticato e detto che il pensiero di cui si servivano non era un pensiero di cui ci si poteva fidare. Per esempio i surrealisti pubblicarono un manifesto in cui dicevano agli psichiatri che la sola differenza tra loro e i pazienti era che il potere era nelle loro mani. Mi ricordo che il professor Cotti con cui lavoravo ad Imola aveva il manifesto dei surrealisti che diceva queste cose. Poi c'è stato Anton Cechov che ha scritto due racconti bellissimi *Il monaco nero* e *La sala numero sei*, lo stesso Szasz ne fa riferimento spesso. Cechov è un medico ed è contemporaneo dell'inventore del concetto di schizofrenia e lui smantella completamente tutto quanto in questi due racconti. Lui aveva già capito tutto quanto. Ne *Il monaco nero* è la storia di un uomo di cultura che aveva una visione dove incontrava questo monaco nero che faceva il giro dell'universo e ci parlava. Ad un certo punto dice: «Forse, dicono che è una

mia allucinazione, ma che male c'è ad avere un'allucinazione quando questa è una cosa bella?». A quel tempo gli davano del bromuro per calmarli, roba da ridere in confronto agli psicofarmaci, e Cechov dice precisamente che se uomini notevoli come Shakespeare e Maometto fossero stati per le loro visioni sottoposti a farmaci non sarebbe restato nulla della loro opera. Lo disse quando era difficile dirlo. Adesso dovrebbe essere facile, invece. Questi due racconti di Cechov sono i più importanti per chi si voglia occupare di critica alla psichiatria, in assoluto.

La professoressa Romano si chiede quando l'antropologia e l'antropologo potranno a pieno titolo avere un ruolo accanto a figure come lo psicologo o lo psichiatra, perché sanno meglio relazionarsi di fronte alla complessità dell'animo umano: «Riusciranno le scienze umanistiche a trovare un legittimo spazio nei luoghi dove si curano le sofferenze dell'anima?» (F. Romano, *I folli*, Meltemi, 2001).

Questo è molto vero. Quando io ero studente, mi sono laureato nel '63, andai all'università di Firenze dal professor Parenti, tra l'altro era un sacerdote, che era antropologo fisico, quello che si occupa di studiare le strutture fisiche delle varie popolazioni oppure certe usanze. Allora l'antropologia culturale era agli inizi ed io andai da lui e feci l'assistente volontario di antropologia culturale, perché avevo proprio questo orientamento nell'impostazione umanistica dei problemi. L'antropologo in quanto studioso dell'uomo in tutti i suoi aspetti è quello che può capire l'uomo in tutte le sue vicende e i suoi problemi in rapporto con gli altri.

Proprio per questo credo sia importante relativizzare le cose, lo dico in senso positivo. Per "relatività" intendo allargare la propria visione delle cose, del tempo, del mondo, alle visioni altrui e così trasformare il relativo, cioè quello che è l'uomo e la vita, in arricchimento reciproco. Non è una teoria filosofica, è solo un modo di rapportarsi all'altro. In questo l'antropologo riesce a capire la complessità, invece, lo psicologo categorizza.

Lo psicologo è troppo limitato. L'antropologo sa che lo sciamano se ha delle visioni queste visioni sono un suo vantaggio, invece da noi, se uno ha delle visioni lo sbattono in manicomio.

È lo stesso discorso che fa Ernesto De Martino ne' *Il mondo magico* dice che bisogna ripensare il concetto di realtà quando ci si pone di fronte al problema della realtà dei poteri magici, ma credo che sia lo stesso di fronte ad una persona che sente delle voci, le sente realmente e non è che si può dire che non siano reali perché altri non le sentono. Qual è la realtà? Non è una cosa ovvia e non è un concetto posseduto tranquillamente dalla mente, dice De Martino.

Sì, è proprio così. Sono molto d'accordo. Poi dico anche questo, che noi tutti abbiamo questa facoltà. Intanto lei può sentire ora la voce di una sua amica, se ci si mette a pensare la sente parlare. Questa è una facoltà che abbiamo. Io posso sentire la voce di un professore mio amico o la voce di mia moglie che è di là. Poi c'è la capacità di immedesimarsi nei pensieri, nei ricordi, nella fantasia. Per cui se uno sente le voci il problema è cosa gli dicono e perché. Bisogna discuterci e basta.

C'è un altro testo che ho letto di Ron Coleman *Guarire dal male mentale* (Manifestolibri 2001), è la sua personale storia, dopo aver subito da bambino delle violenze e aver avuto altri problemi, ha cominciato a sentire delle voci o delle allucinazioni uditive, come le chiamano. Queste voci lo

insultavano e lui è riuscito da solo ad affrontarle, rispondendo ad esse. Nel libro è descritta questa lotta che lui fa con “se stesso” e con le voci. Col tempo è riuscito a guarire ed ora aiuta altri ad uscire da questo problema.

Io non userei nemmeno la parola “guarire”, perché rimanda a malattia. Questa persona è riuscita a passare da una condizione umana ad un'altra.

È riuscito a passare da una condizione umana che gli dava sofferenza ad un'altra.

Non si dice la voce della coscienza? E a volte questa voce è continuamente dentro di noi. Sentiamo di tutto. È una semplificazione terribile quella dello psichiatra, perché se non si fosse capace continuamente di allargare la nostra esperienza... Ora io posso camminare nel Sunset Boulevard di Los Angeles, ora sto camminando e lo vedo, vedo in terra il marciapiedi. Noi siamo sempre con la testa che gira per il mondo. Non c'è niente di strano. Considerare questo è un difetto? No, è una qualità. E può succedere che questa immaginazione creativa sia una gioia, ma anche un incubo. Anche i ricordi possono essere una gioia o un incubo. Ma l'incubo e la sofferenza non sono malattia. È proprio tipico anche di una società che è ipocrita il fatto di considerare la sofferenza come una malattia. Una società superficiale ed ipocrita in cui l'uomo normale, anzi l'uomo, perché normale non vuol dire niente, è l'uomo che non sta mai male e che sta sempre bene. Non a caso un altro aspetto che gli psichiatri prendono subito di mira è la ribellione. Uno psichiatra americano è arrivato a dire che i neri che si rivoltavano a Los Angeles, quando ci furono le rivolte dei neri, erano dei malati da curare. Quelli che sono in rivolta sono malati?

Anche degli anarchici è stato pensato avessero una malattia mentale perché ribelli e sovvertitori dello stato, che come dice Francesco Guccini in una canzone «...li han sempre bastonati e il libertario è sempre controllato dal clero e dallo stato...»!

Sì, è vero gli anarchici li hanno sempre perseguitati. Allora quello psichiatra è uno strumento del potere costituito per porre un ordine artificiale senza tener conto delle esigenze degli uomini. È per questo che non si smuovono e posso far finta di essere contro i manicomi come hanno fatto con la legge 180, però il trattamento sanitario obbligatorio lo lasciano perché riservano allo stato uno strumento per mettere da parte chi, non solo disturba in senso reale, ma anche chi disturba in senso intellettuale, come in Unione Sovietica. Prima dell'Unione Sovietica in Italia molti anarchici hanno fatto questa fine di andare a finire nei manicomi. Per esempio quando l'anarchico Bresci ammazzò il re i giornali del tempo discutevano se il Bresci era sano di mente o no, avendo ammazzato il re. Però nessuno in quel tempo ha discusso sulle cause di questo fatto, cioè che il generale Bava Beccaris aveva sparato sulla folla che protestava perché aveva fame. Nessuno si chiese se il generale Bava Beccaris, che aveva sparato con i cannoni sulla folla, era sano di mente o no. Nessuna autorità viene messa in discussione in questo modo. Viene messo in discussione chi non ha potere.

La psichiatria è proprio del potere dominante.

Quando l'autorità non c'è più allora la mettono in discussione. Come con Hitler, quando non c'è più allora possono dire che era pazzo. Ed è una stupidaggine perché Hitler è stato il protagonista di una linea politica. Gli psichiatri gli sono andati dietro hanno fatto i campi di concentramento. Infatti i campi di concentramento hanno avuto come modello le cliniche psichiatriche. I manicomi c'erano già prima. Parlo dei campi di concentramento di Hitler, di Stalin, degli inglesi in Sudafrica.

Degli italiani in Africa.

Tutti li hanno fatti. Il modello è prendere delle persone che disturbano per il loro pensiero. E il modello c'era già: era il manicomio. Il dissidente politico è una persona che disturba. Oppure l'ebreo disturba per il suo pensiero. Se si va a studiare la storia, il razzismo e la psichiatria nascono insieme sono gli stessi teorici: Lombroso, Hunt, sono allo stesso tempo razzisti e psichiatri. Il popolo da opprimere è inferiore, ha un pensiero inferiore a quello dell'altro, l'individuo da opprimere ha un pensiero inferiore. La psichiatria è sugli individui all'interno di una nazione e il razzismo sui popoli al di fuori della nazione o anche dentro la nazione. È la stessa idea e lo stesso principio. Hanno sempre cercato di trovare nel nero o nell'indios una caratteristica fisica diversa di inferiorità, come cercano nelle persone quella caratteristica fisica che sarebbe la malattia di mente. È lo stesso concetto. Questo per un antropologo è interessante. Il concetto di psichiatria e razzismo vanno insieme. C'è un autore che si è occupato di questo con molta precisione di questo: George Mosse. Ha scritto *Il razzismo in Europa dalle origini all'olocausto* (Laterza, Roma-Bari 1994).

Sì, lo conosco, è uno storico, ho letto vari libri suoi e anche questo, alcuni anni fa.

Fa vedere come razzismo e pregiudizio psichiatrico nascano insieme. E fa degli esempi proprio nella storia del razzismo in Europa. Ci sono degli spunti che sono le stesse cose che ho sempre detto anch'io. È molto bravo questo autore.

Ha fatto anche tutto uno studio sulle origini culturali del nazismo e la nazionalizzazione delle masse, cioè come le masse sono state influenzate.

Ritornando alla sua esperienza, è stato Basaglia a chiamarla per lavorare con lui?

La mia storia è questa. Io, come ho detto, ho cominciato ad evitare alle persone di finire sotto trattamento psichiatrico o sotto ricovero psichiatrico a Firenze. In quel periodo, siamo nel 1965-66, Basaglia cominciava a farsi sentire e conoscere. Io mi ricordo che una volta gli telefonai per sentire il suo punto di vista su una questione che dovevo risolvere. Qualche volta ci siamo telefonati. Io continuai a fare questo lavoro cercavo di non internare le persone e lui cercava di tirarle fuori e la cosa era complementare. Io ero conosciuto a Firenze per questo lavoro, Basaglia lo ha saputo. Non sempre ci riuscivo perché ero da solo, però era una lotta che facevo ed ho salvato diverse persone. Ero conosciuto da Cotti che cercava di fare a Bologna quello che Basaglia faceva a Gorizia. Accadde che nel 1978 Cotti mi chiese di andare a lavorare con lui a Cividale del Friuli, perché Basaglia aveva saputo che lì c'era un nuovo reparto nell'ospedale che gli amministratori volevano realizzare come reparto neurologico. Allora c'era la possibilità che Cotti andava a dirigerlo per fare uno spazio alternativo al manicomio e allora Cotti mi disse se volevo andare a lavorare con lui. Andai con lui. Le persone venivano da noi personalmente quando rischiavano di andare in manicomio, poi Basaglia ci mandava alcuni che cercava di liberare dal manicomio di Gorizia. Noi lavorammo per diversi mesi senza psicofarmaci, con la discussione e con le porte aperte, senza nessuna costrizione. Questo fu il primo reparto di ospedale civile in alternativa al manicomio. Era un'alternativa sul serio le persone erano libere. Venne anche Basaglia a vedere e rimase meravigliato lui stesso.

Che ricordo personale ha di Franco Basaglia?

Ricordo come una persona molto attiva, molto sveglia, deciso sul fatto che il manicomio doveva essere smantellato. Si era preso dei collaboratori più o meno buoni, però la sua decisione di smantellare i manicomi era una decisione molto

precisa e poi la stava applicando. Ha aperto le stanze, tolto le camicie di forza, ha cominciato a fare le assemblee, cercava di passare dalla costrittiva alla discussione al dialogo. Le persone potevano uscire anche se c'erano tanti frammenti di passato. Era una persona molto coraggiosa, anche se era molto nervoso e preoccupato delle difficoltà, ma era molto deciso. Aveva avuto anche degli spunti molto buoni a livello teorico, nel senso che spesso diceva: «Bisogna tagliarsi dietro tutti i ponti», cioè non bisogna tornare a nulla del passato. Però la difficoltà in cui doveva lavorare lo faceva essere molto cauto sul fare affermazioni teoriche differenti da quelle tradizionali. Era anche molto contraddittorio, a volte, gli dicevano che quello che stava facendo dimostrava che non credeva nella malattia mentale, ma lui si ribellava dicendo che non era vero. Era un momento di transizione e lui ne è stato il grande protagonista. Era una personale notevole, non altrettanto i suoi seguaci, perché quando lui è venuto a mancare sono ricaduti nella tradizione. C'era questa contraddizione che bisognava fare un passo avanti, quando lui è venuto a mancare precocemente per un tumore che ha avuto, è crollato tutto.

Dopo c'è stata Psichiatria Democratica.

Sì, Psichiatria Democratica l'aveva fondata lui, ma gli altri erano piuttosto conformisti. Io li ho conosciuti quelli che erano insieme a lui. Era solo lui che portava avanti le cose, anche le invenzioni. Con lui c'era Jervis, ma poi è continuato ad essere per l'elettroshock, per la lobotomia. Aveva un medico che gli andava contro e altri giovani medici che gli andavano dietro più che per convinzione profonda per il fatto che lui aveva questa autorità e fascino. Era un uomo che sapeva influenzare gli altri in senso positivo. La struttura di Gorizia era piena di contraddizioni, ma era la prima volta che si lavorava con lo scopo di eliminare il manicomio. Poi lui è andato a Trieste ed è stato per un periodo a Parma, fino a che è vissuto ha fatto questa grande rivoluzione.

Norberto Bobbio ha detto che quella sui manicomi è stata l'unica rivoluzione veramente compiuta.

A livello teorico sì, poi in pratica, purtroppo, siamo tornati indietro. Però è vero che è stata una rivoluzione. È stata solo in Italia ed è rimasta solo in Italia. Da nessun'altra parte.

È come se stessimo ancora agli inizi in questo senso.

Sì, siamo agli inizi. Siamo agli inizi perché non solo ci sono le cliniche psichiatriche che funzionano come manicomi in tutto il mondo, ma il modo di pensare va sempre più verso il giudicare tutto dal punto di vista psichiatrico. Per quanto riguarda i reati il dire che una persona che si uccide è depressa è una sciocchezza, ma ha un certo senso, almeno apparente, ma il dire che uno ammazza tre persone è depresso, lo dicono in televisione, è perché si tende ad interpretare i reati da un punto di vista psichiatrico che è un sciocchezza.

Con la vicenda di Izzo il criminologo psichiatra Francesco Bruno ha detto che va rinchiuso in manicomio perché è malato. È stata usata di nuovo questa parola: manicomio.

No, invece lui capisce benissimo quello che fa e ne deve rispondere davanti alla legge. In Dostoevskij in *Delitto e castigo* c'è l'assassino. È un'ipocrisia tremenda: da Caino ad ora c'è l'assassino. Semmai era molto interessante il discorso di quel film famoso *Siamo tutti assassini*. Ma dire chi fa del male è un caso patologico è ipotizzare che l'uomo normale è buono, che è una pura e semplice cretinata. Normale e anormale non vuol dire nulla, perché chi è che stabilisce la norma? A livello giuridico c'è la legge e il reato. A livello psicologico no.

Il Telefono Viola come iniziò?

Alessio Coppola lo ha iniziato in collegamento con me. L'idea è stata sua. Lui era venuto a vedere il mio lavoro e poi gli è venuta questa idea. Il Telefono Viola ha avuto dei momenti in cui è stato molto utile per diffondere un po' di pensiero critico nei riguardi della psichiatria. La difficoltà del Telefono Viola credo che sia quella di tutte le cose volontarie, nel senso che poi dopo le persone si allontanano, si stancano. È labile per questo. Ha avuto dei momenti importanti che sono stati utili, se non altro per diffondere una cultura diversa da quella comune che dipende dalla psichiatria.

Anche perché in Italia oltre alla sua esperienza e a quella del Telefono Viola non c'è altra critica alla psichiatria. Lei è stato anche molto ostacolato.

No, non ce n'è. Io sono stato ostacolato da tutti, sia dagli psichiatri tradizionali che da quelli democratici. Per cui quello che ho fatto l'ho fatto davvero controcorrente. Poi sono stato ostacolato dalle amministrazioni da cui dipendevo. Poi dai cittadini che vedevano le persone libere e non volevano. Poi giuridicamente perché ho avuto tre istruttorie e due processi. Io sono stato ostacolato a tutti i livelli. a volte mi domando come mai ce l'ho fatta, perché sono stata a rischio. Io per ventitré anni in cui ho lavorato, senza contare gli altri lavori, ad Imola in reparti psichiatrici, siccome le mie persone erano libere e libere significava che avevano le loro chiavi, uscivano anche la notte e ritornavano quando volevano, se succedeva qualcosa anche se io ero a Firenze in vacanza, la responsabilità era la mia. Quando successe quello per cui sono stato processato, cioè successe che un uomo, di uno dei miei reparti, uscì da Imola e fu investito da un'automobile, fu processato l'autista per omicidio colposo, perché era responsabile lui e non l'uomo. Però il tribunale di Bologna mi mise sotto processo per abbandono di incapace. Io avevo duecentocinquanta persone nei reparti che erano tutte libere, qualsiasi cosa succedesse a loro o avessero fatto loro potevo essere processato. Io sono stato per ventitré anni con la pendenza sulla testa. Per questo motivo non lo fa nessuno questo lavoro. Non è stato un piacere. Io sono stato in sospenso per tutto il tempo. Quando sentivo al telefono la procura della Repubblica avevo paura. Ho dovuto prendermi la responsabilità solo io, perché nessuno la divideva. Gli infermieri ci stavano se la responsabilità era mia. Io gli dovevo dire che le persone le dovevano lasciare libere e che la responsabilità era mia. Cosa si deve fare ora? Bisogna che cambino le cose anche a livello giuridico. Succede che se uno psichiatra ha un paziente e questo si suicida è possibile che lo mettano sotto processo, allora lui, se sente dire al paziente che vuole uccidersi, lo ricovera per non andare sotto processo. È tutto un meccanismo e io non so come ho fatto in questo meccanismo a reggere. Infatti per questo Thomas Szasz mi ha dato un premio che non vale solo in Italia, ma anche fuori. La motivazione è questa: «Per eccezionali contributi alla lotta contro lo stato terapeutico». Lo stato terapeutico, non è, chiaramente, quello che paga le medicine, ma è quello che obbliga dei cittadini, sottoposti a trattamenti sanitari, per scopi propri.

Insieme a Szasz dovrebbero dargli il premio Nobel per la pace o per la medicina, per la gente che ha liberato! Dovremmo candidarla...

A me basta questo! Comunque è dura. Tra l'altro quando sono stato processato, che poi ho avuto altre due istruttorie che sono cadute, la prima volta, il pubblico ministero ha chiesto l'assoluzione. In genere il pubblico ministero sostiene la condanna. Poi sono stato assolto. La procura di Bologna ha riaperto il caso, nonostante sia stato assolto dal pubblico ministero. Il pubblico ministero del processo d'appello chiese la mia condanna dicendo che io avevo l'intenzione di

ammazzare quella persona, perché non poteva dire che se era morta per mio difetto di comprensione del problema era omicidio colposo, ma abbandono di incapace significa abbandonare una persona sapendo che gli andrà a finire male. Poi sono stato assolto definitivamente. È andata bene, ma prima non lo sapevo.

Paolo Algranati al Santa Maria della Pietà ha fatto un lavoro di riabilitazione sia sui “matti” che sugli operatori. Ma dove non si fa questo è difficile.

L'ho conosciuto Paolo Algranati e gli ho consigliato di scrivere la sua esperienza nel libro *Voci dal silenzio - Diario di uno psichiatra anomalo* con la casa editrice Eleuthera (Milano 1999).

Ora lei di che cosa si occupa?

Io ora faccio quello che facevo prima, mi occupo di alcune persone qui a Firenze a cui evito i trattamenti psichiatrici e gli internamenti.

Vengono da lei o glieli segnalano?

Vengono da me liberamente, su scelta della persona, io non impongo mai. Se una persona sta facendo una cura farmacologica e mi consulta io gli consiglio come smettere, eccetera.

Anche sugli psicofarmaci il discorso andrebbe rivisto, è un ipocrisia infatti che si consentono psicofarmaci che sono come droghe ed hanno gli stessi effetti collaterali di sostanze stupefacenti, invece queste ultime sono vietate.

Sono molto peggiori, perché ad esempio, con gli psicofarmaci può venire il morbo di Parkinson.

Uno dovrebbe, forse, essere libero.

Infatti se uno mi dice che li prende io gli dico quali sono i lati negativi, ma lui deve scegliere. Una cosa è se uno sceglie da se anche sostanze dannose. Questo vale per la droga o per altro. Io sono antiproibizionista, naturalmente. Ecco lo stato terapeutico! Non è che uno chiede allo stato se la cocaina fa bene o no. Lo prova da se. Se la vuole se la prende, se gli fa male e non la vuole non se la prende. Lo stato terapeutico è quello che ti dice questo lo devi fare e questo no. Lo stato terapeutico è anche quello del proibizionismo, infatti, Szasz ha scritto diverse cose contro i proibizionisti. Se uno vuole lo psicofarmaco, lo prende e ci si trova bene sono affari suoi, è una sua scelta. Io posso dire la mia opinione, anche come medico. Se uno ha un tumore alla prostata e non si vuole operare io come medico gli devo dire che il tumore alla prostata porta a certe conseguenze. I medici, anche in medicina, sono abituati a cercare di imporre.

Anche in medicina l'ambiente è autoritario. Ho letto un libro di Marie de Hennezel *La morte amica* (Rizzoli, Milano 1996) dove parla dell'accompagnamento alla morte, delle terapie del dolore e delle cure palliative, tutte tese alla cura e a far star bene il malato terminale negli ultimi momenti della vita. Lei è una psicologa e psicoterapeuta francese che pratica con i suoi pazienti una disciplina ancora poco nota, l'aptonomia, basata su un approccio tattile e affettivo con malati terminali. È un approccio all'essere umano nella sua interezza che, esprimendo interesse, rispetto e considerazione, conferma l'altro nel valore della sua esistenza. Certo fa impressione che dobbiamo riscoprirlo! Abbiamo perso la dimensione umana e questo è molto chiaro nel rapporto medico-paziente.

Oggi un malato terminale viene intubato e messo in una stanza da solo. Sono ambienti terribili quelli degli ospedali. Lo dico anche personalmente, nel senso che ci sono stato come paziente. Sono anche medico, per cui sono anche avvantaggiato, sono un "collega", come si dice, invece si viene trattati in modo tale che ci si sente annientare. Io ho più paura di andare a finire sotto i medici che non di morire. Io spero di avere un infarto che mi porti via, ma non di stare dei mesi sotto trattamento medico, perché è un'umiliazione. Si viene disumanizzati. Questo come metodo e come impostazione culturale. Lasciamo stare il singolo medico che per conto suo ha una personalità tale da essere umano e cambia le cose, però in generale è un rapporto anonimo di un oggetto in riparazione e questo fa sì come mai la medicina si presta, siccome ha questo approccio dell'oggetto da accomodare, se uno ha dei pensieri diversi da quelli del conformismo, si pensa che ha un oggetto da accomodare che è il cervello. Non si pensa, invece, che uno ha diritto di avere pensieri differenti, uno ha diritto di avere pensieri immaginari, uno ha diritto di non credere a nulla di quello in cui credono gli altri, uno ha diritto di parlare una lingua diversa da tutti i suoi vicini, uno ha diritto di comunicare con il diavolo e col padre eterno. Se il Papa dice che il terzo segreto di Fatima sarebbe che è stata deviata la pallottola, durante l'attentato, dalla madonna, io non ci credo, ma ho rispetto per chi ci crede, però il Papa dice una cosa assurda e a lui nessuno gli fa niente. Se lo dice uno che non ha potere lo mettono in manicomio. Io ho trovato in manicomio persone che dicevano che parlavano col diavolo o che parlavano con Gesù. Ora, tra questo e il terzo segreto di Fatima, io non vedo nessuna differenza. La sola differenza è che se lo dice l'autorità è una cosa, lo dice invece uno che non conta niente è un'altra, allora il problema è il potere.

La psicologia, la psicanalisi che limiti hanno, secondo lei?

La psicologia, si fa presto a dirlo, accetta totalmente la distinzione tra normale e anormale, per cui si mette sullo stesso piano della psichiatria. La psicanalisi avrebbe avuto un aspetto interessante se Freud avesse continuato sulla linea: «Ho smesso di fare il medico, ho cominciato a fare il biografo» poi aggiunse il particolare: «Mi sento più allievo di Goethe che di Hellmonds». A Szasz gli ho chiesto: «Ma come mai Freud aveva capito il problema e poi si è tirato indietro?» lui mi ha risposto: «Perché era disonesto». Non so se è un problema di onestà o no, forse il problema era che lui nella sua epoca aveva già avuto diversi problemi per le cose che diceva. Freud nella sua epoca aveva distinto i problemi psicologici da quelli neurologici, però poi, ha continuato a parlare il linguaggio psichiatrico dimenticandosi che così si contraddiceva. È stato comunque il primo tra gli specialisti. Fuori degli specialisti c'è Cechov, Dostoevskij, Shakespeare. Si può usare il termine follia, ma come in Dante o in Omero che è come una passione grande che porta alla rovina. Il concetto di follia c'è fin dall'antichità, nel senso che i poeti dicono queste cose, però la società non le sopporta e le considera inaccettabili e distingue il normale, che è quello che sta nelle righe, dall'anormale che è quello che sta fuori dalle righe.

Lei dice appunto che la psicologia è l'ancella della psichiatria.

Gli psicologi la pensano esattamente come gli psichiatri, nel senso che lo psicologo si pone il problema se la persona è normale o no. Gli psicanalisti per quanto riguarda il difetto lo cercano a livello psicologico invece che a livello fisico. Sempre di difetto si tratta. Personalità difettosa è quando non piace a loro, non difettosa quando piace a loro. Poi il giudizio è arbitrario, perché su ogni singola persona si può dire che è sano di mente o malato di mente, non c'è un criterio oggettivo. Allora come si fa ad affidare a degli uomini così il diritto di giudicare gli altri per poi provvedere con la forza. È un diritto arbitrario, perché

nessuno di noi va volentieri dallo psichiatra a farsi giudicare, perché non sa cosa gli capita.

A me è sempre sembrato assurdo che se una persona ha un problema esistenziale debba andare a pagare una persona perché questa ti stia ad ascoltare e alla fine ti dica pure che sei malato. Senza risolvere il problema.
Sì, è assurdo.

Ho letto il libro di Cassano *E liberaci dal male oscuro* (Longanesi, 2003) sulla depressione e sulla cura con la terapia elettroconvulsivante, molto differente, secondo lui, dall'elettroshock che sono scariche elettriche mandate senza moderazione. La terapia elettroconvulsivante sono delle piccole scariche date in base al disturbo che si ha. Le persone intervistate sono tutti giornalisti, gente dello spettacolo che dicono di stare meglio e di essere guariti dalla depressione.

L'elettroshock l'ha inventato Ugo Cerletti. Cambiare nome alle cose non si cambia il contenuto. È una truffa continua. È inutile che il Movimento Sociale si chiami Alleanza Nazionale! Se una persona è inquieta per tanti problemi gli passano cinque o sei volte in testa l'elettroshock o la terapia elettroconvulsivante, come la chiamano ora, dopo, diminuisce di vitalità, si dimentica le cose ed è più calmo, se questo è il miglioramento. È questo l'inganno. Se una persona ha conflitti in famiglia gli fanno cinque elettroshock, non ce li ha più, non è migliorata, ma è peggiorata, perché non ha più la forza di combattere. La famiglia è contenta, magari anche lui e l'effetto è buono.

Non c'è comunque una legge che vieti l'elettroshock, in Italia?

No. Qui in Toscana insieme a Giovanni Barbagli e al Comitato cittadino per i Diritti dell'Uomo abbiamo fatto passare una legge sull'elettroshock. Noi volevamo l'abolizione, ma c'era il problema che se una regione abolisce una legge lo stato non approva, allora abbiamo chiesto la limitazione. Questa legge è passata all'unanimità, perché nel consiglio regionale toscano tutti erano contrari all'elettroshock. Però è ancora una teoria perché lo stato lo permette. Mi pare che abbiamo tentato anche in Piemonte e nelle Marche di fare qualcosa, ma lo stato ha sempre il potere di bloccare, anche se si parla tanto di federalismo. Sono tre le regioni che hanno messo in discussione l'elettroshock a livello giuridico, in Italia. Alcuni sperano che diventino cinque, perché così si dovrebbe discutere il problema in parlamento. Comunque la terapia elettroconvulsivante la faceva anche Saddam Hussein in carcere e la fanno anche gli americani a Guantanamo. Chiamare terapia queste cose qui è il massimo della degradazione della medicina.

Quando le cariche sono più forti ancora è la sedia elettrica.

Sì, infatti, il concetto è lo stesso. Con la sedia elettrica si elimina la persona, con l'elettroshock si elimina quello che non ci piace della persona o si tenta di eliminarlo. È uno strumento di potere e di tortura.

Alessio Coppola dice di avere con lei un rapporto di fraternità intellettuale. Dove è nata?

Sì, è vero. Ci siamo conosciuti quando io ero a lavorare a Imola negli anni ottanta. Una mia amica mi sollecitò a scrivere qualcosa del mio lavoro e mi mise in contatto con Alessio Coppola che aveva la casa editrice Cooperativa Apache che aveva pubblicato come primo libro un testo di Renato Curcio. Allora mi pubblicò il libro *I pregiudizi e la conoscenza - Critica alla psichiatria* (Cooperativa Apache, Roma 1986), poi diventammo amici. Lui venne anche a vedere quello

che facevo dopo che ci si era messi d'accordo per scrivere e pubblicare questo libro.

Lei distingue sempre anche tra antipsichiatria e approccio non-psichiatrico.

Sì, il discorso è stato chiamato così, però è ancora in collegamento con la psichiatria: antipsichiatrico, non-psichiatrico. Io oggi lo chiamerei umanistico. Nel senso che è un rapporto di comunicazione, di linguaggio, di pensiero, di rispetto reciproco, di consapevolezza che siamo uno diverso dall'altro. Abbiamo tutti il diritto di esprimere la nostra diversità. Approccio non-psichiatrico va bene, nel senso che quando lavoravo in manicomio, ho lavorato non come psichiatra, in senso positivo, invece, "non-psichiatrico" è ancora in senso negativo. In senso positivo è "umanistico".

Credo sia molto importante il suo parlare e ripetere la sua esperienza in tanti occasioni dove è invitato a farlo, proprio perché, come abbiamo detto, siamo solo agli inizi in questo campo. È importante che studiosi, operatori sociali la ascoltino. Lei ha salvato molte persone.

Duecentocinquanta persone circa solo nei reparti! Credo sia importante non avere un atteggiamento per così dire "aristocratico" per chiudersi poi in circoletti. Bisogna aprirsi anche quando ci sono delle polemiche.

Per questo la ringrazio molto.

Io ringrazio lei.

Io quando avevo quindici anni lessi un piccolo libro intervista a Basaglia e mi ricordo che fui molto contenta perché lo trovavo molto umano. Andavo a scuola proprio davanti all'ex manicomio al Santa Maria della Pietà e vedevo le persone ancora rinchiusi lì dentro, quando scopri Basaglia mi rassicurai molto. Anni dopo conobbi un'assistente sociale che mi chiese di lavorare come assistente domiciliare con tre anziane rinchiusi da anni nel manicomio. Mi sono presa cura di loro e ad una di esse ho insegnato a leggere e a scrivere, era analfabeta e non era mai uscita da lì. Sono stata molto criticata dagli infermieri. Ero anche io strana per loro, non capivano perché perdevo molto tempo con loro e lo facevo anche con piacere, ed era il mio lavoro!

Anche per me è stato così con alcuni ho passato la notte intera, quando c'erano dei momenti di angoscia, di tristezza, di paura. Gli infermieri non capivano, poi piano piano qualcuno ha cominciato a capire. Nel racconto di Cechov c'è lo stesso problema.

**Intervista a Giorgio P. del Telefono Viola di Milano
Milano 8 settembre 2004**

Forse può essere interessante partire proprio dall'esperienza del Telefono Viola nell'antipsichiatria. Questo termine è anche controverso nel senso che anche Laing e Cooper tornano indietro e invece Antonucci non accetta questo termine, parlando di approccio non-psichiatrico.

C'è stato un dibattito, recentemente anche tra di noi del Telefono Viola, sull'antipsichiatria, io comincerei da questo termine. La prima cosa che potrei dire è che il Telefono Viola, è uno strumento che si batte contro gli abusi della psichiatria, che è il sottotitolo del Telefono Viola, anche se sarebbe più corretto dire contro i metodi della psichiatria che producono abuso. Innanzitutto il Telefono Viola è un movimento antipsichiatrico, perché si contrappone alla psichiatria. Lo scopo del Telefono Viola è quello di togliere le persone dalla presa psichiatrica o comunque difenderle dalla presa psichiatrica. È indubbio che, nell'operare a difesa delle persone che sono abusate, ci sia una contrapposizione con la psichiatria. Quindi per il Telefono Viola sembrerebbe banale dire che è per un movimento antipsichiatrico. Non potrebbe definirsi non psichiatrico, perché di fatto opera all'interno di questo confronto con la psichiatria. Però a me piace il termine "antipsichiatria". So che è un termine molto usato e non preciso. Però a me piace. Piace in quale versione? Io ho fatto polemica recentemente sul fatto che il movimento del Telefono Viola fosse un movimento contro gli psichiatri oppure antipsichiatrico. Io personalmente penso che il Telefono Viola sia un movimento per la difesa della libertà della persona contro la psichiatria, contro il pregiudizio psichiatrico. Non contro gli psichiatri, o meglio, è vero che c'è una contrapposizione con gli psichiatri e gli operatori della psichiatria che sono molto di più che non gli psichiatri, però è anche vero che è molto più complesso l'abuso psichiatrico o l'intervento della psichiatria su una persona, perché poi spesso ci sono i mandanti degli psichiatri. I mandanti degli psichiatri potremmo dire che sono, genericamente, i mandanti della società e di fatto sono le persone vicine, la famiglia, i parenti, a volte gli amici, a volte i vicini di casa. In genere la psichiatria interviene su chiamata, non in maniera autonoma. In genere, poi ci sono dei casi in cui la psichiatria interviene autonomamente. Quindi già questo porta a fare sembrare riduttivo un movimento che si batte contro la pratica degli psichiatri, perché non coglie la complessità della presa psichiatrica. È pur vero che chi chiama la psichiatria, madri, padri, fratelli, amici... subiscono un'influenza della psichiatria e del pensiero psichiatrico, però in realtà è la nostra cultura che produce la psichiatria e la necessità della psichiatria. Cominciare a distinguere che un movimento antipsichiatrico non è un movimento semplicemente contro gli psichiatri, è importante, perché coglierebbe soltanto un aspetto. E già qui entro nel merito degli altri Telefoni Viola e degli altri movimenti antipsichiatrici, nel senso che una visione riduttiva dell'antipsichiatria credo che sia fuorviante individuare nella psichiatria, quando si dice anti-psichiatria, nell'individuare negli psichiatri un'entità contro cui ci si contrappone. Certo poi nei fatti è così, però la psichiatria è molto di più. La psichiatria è la nostra cultura. Io ho detto che fare il Telefono Viola è un'esperienza straordinaria e questo è banale.

No, non è banale!

Dico che è banale dirlo perché è evidente che è così! Perché non ci sono molte organizzazioni oggi che entrano in un reparto psichiatrico a difendere una persona. Quindi di fatto è un fatto piuttosto raro. Lo dico non tanto a merito nostro, ma soprattutto, perché in altri tempi, vent'anni fa, per esempio l'antipsichiatria, era un argomento che coinvolgeva una parte consistente della

società, invece adesso l'antipsichiatria militante quella che viene fatta, riguarda sparuti gruppi. Quindi dire di fare antipsichiatria come la fa il Telefono Viola, cioè difendere realmente le persone, stando accanto alle persone per la difesa delle loro libertà in campo psichiatrico è un fatto ovviamente straordinario per queste condizioni. Probabilmente in una situazione come quella degli anni settanta, di grande movimento, potrebbe essere stata meno straordinaria di quanto lo sia oggi. Però c'è un altro aspetto che rende il fare il Telefono Viola un fatto straordinario e cioè che è un modo per conoscere se stessi. E scusami la frase un po' banale!

Anche questa non credo che sia banale!

Perché in realtà fare il Telefono Viola vuol dire mettersi alla prova. Vuol dire nella relazione con l'altro e in questo caso l'altro è una persona che è sottoposta a trattamento psichiatrico. Affrontare questo argomento è molto complesso, perché poi alla fine questa pratica fa riflettere sul modo con cui noi ci rapportiamo agli altri in generale dove l'altro che ci chiede aiuto è un altro molto particolare. Perché questo? Perché il rapporto tra la psichiatria, lo psichiatra, la struttura psichiatrica, le persone che stanno intorno alla persona psichiatrizzata e la persona stessa è un specie di microcosmo, che dice abbastanza sulla relazione tra le persone. Quindi dire antipsichiatria vuol dire riflettere sul modo psichiatrico di relazione tra le persone. Allora potremmo dire, per esempio, che uno degli argomenti più importanti tra la psichiatria e la persona psichiatrizzata è: il giudizio. Anzi il pregiudizio. Antonucci ha scritto un libro sul pregiudizio. Il pregiudizio psichiatrico e psichiatrico è un'aggiunta, è il punto chiave di tutta la psichiatria e non solo.

E il pregiudizio psichiatrico non ha nulla di scientifico come dice Antonucci.

Io intendo pregiudizio anche come categoria di relazione tra persone. In un libro di documenti *Sull'imputabilità e il trattamento del malato di mente autore di reato*, si dà una definizione di pregiudizio che è interessante: «Il pregiudizio si colloca nel più ampio contesto degli atteggiamenti essendo, il pregiudizio, un atteggiamento sfavorevole verso il soggetto, un oggetto (lo chiama non a caso) che tende ad essere altamente stereotipato provvisto di carica emozionale e difficilmente soggetto al cambiamento di fronte all'informazione contraria...». Ecco questa è una delle tante possibili definizioni di pregiudizio. È interessante come definizione, perché, innanzitutto c'è un'indicazione del pregiudizio che è quello che anche rispetto alle prove contrarie ad esempio nel giudicare il comportamento di una persona, il pregiudizio non cambia, anzi a volte perversamente si rafforza. Nel senso che qualunque cosa fa una persona psichiatrizzata, qualunque cosa e il contrario di qualunque cosa, comunque trova uno psichiatra che utilizzerà quel comportamento per rafforzare la sua diagnosi. In questo il pregiudizio psichiatrico e in generale il pregiudizio, come dice questo autore, è un atteggiamento, un comportamento provvisto di carica emozionale questo è molto importante nel senso che nel pregiudizio psichiatrico non c'è una relazione indifferente con l'altra persona su cui poi si attua questo pregiudizio, su cui si fa questo giudizio pre-costituito. C'è una forte carica emozionale. Allora mi piacerebbe parlare di un'altra categoria. La prima è il pregiudizio. L'altra è il disprezzo. Il disprezzo a me piace definirlo come una passione. Può essere un sentimento, un modo di atteggiarsi. È una passione umana. E che cosa fa di fatto il disprezzo? Il disprezzo squalifica l'altro. Lo squalifica, ma non solo: lo considera inferiore. Noi spesso disprezziamo. Può avvenire più spesso di quanto non sembri. Il meccanismo del disprezzo qual è? È quello di far apparire l'altro inferiore. Allora è evidente che nella relazione del

pregiudizio psichiatrico tra il medico psichiatra e il paziente malato di mente è indubbio che ci siano entrambi le categorie. Una è il pregiudizio, cioè quello di pensare che quella persona sia malata nella mente, cioè abbia un difetto che il suo comportamento non è umano, ma è un comportamento e un pensiero patologico.

Poi si intende malattia non solo come malattia in se, ma anche malattia come vergogna.

Certo. Questo considerare che la persona che si ha di fronte, non genericamente la sua mente, ma l'essenza stessa della persona, perché la mente sono i pensieri, le aspettative, le passioni sono l'insieme che formano una persona, dire che la mente è malata e con un giudizio per altro pseudo scientifico vuol dire che quella persona è in generale difettosa e malata. E chiunque direbbe che un fegato sano è meglio di un fegato malato e un fegato malato in quanto non funziona come fegato, perché malato, non può interloquire col fegato sano, nel senso che quando il meccanismo del disprezzo introduce questa categoria dell'inferiorità dell'altro a maggior ragione avviene quando l'inferiorità è basata su un pregiudizio che dice l'altro essere malato nell'essenza. Nel rapporto nella relazione, che non è sempre uguale, perché gli psichiatri sono tanti e anche i pazienti psichiatrici, però di fatto, questo argomento che è a monte e cioè io che sono medico psichiatra esperto nelle malattie mentali parlo con te che sei malata nella mente, quindi non puoi essere un interlocutore, non è possibile che sia interlocutore uno che è pervaso dalla malattia mentale. Cosa significa questo? Significa una forma particolare di disprezzo. Nel senso che quella persona non potrà mai essere apprezzata dallo psichiatra come persona con cui avere una relazione alla pari: qualunque cosa dirà ci sarà sempre questo vaglio questa lente dello psichiatra che sta parlando o sta polemizzando con una persona che è malata nel profondo, con una malattia. Il pregiudizio è formare un giudizio su una persona che è immutabile e, qualunque cosa possa fare questa persona, è talmente forte il meccanismo del pregiudizio, che acquista forza da qualsiasi prova dia questa persona, anche quelle più palesemente contrarie, si trova modo di rafforzare il pregiudizio. Nel campo degli omicidi è molto vero questo. Se una persona commette un omicidio in una forma particolarmente poco fredda potrebbe essere classificato come malato mentale.

Ultimamente c'è stato l'esempio di Izzo.

Sì Izzo è stato interessante come caso. Se l'omicidio è fatto in maniera passionale, rientra in alcune categorie mentali, se invece, l'omicidio è commesso in maniera fredda, allora rientra in altre categorie. In realtà l'argomentare è sempre unidirezionale non trova mai elementi di critica. Questa è la particolare forma di pregiudizio psichiatrico. Poi c'è altro argomento che è, come ho detto, il disprezzo, cioè il considerare inferiore l'altro.

Il pregiudizio e il disprezzo stanno alla base del razzismo e di tutte le teorie sulla razza pura.

Sì certo il razzismo ne è la forma perfetta.

Nel fare i campi di concentramento si sono basati sui manicomi.

Sì c'è tutto questo, ma la cosa interessante è che più che i luoghi, le istituzioni e gli avvenimenti, è il meccanismo, che a me interessa molto, della persona che prova razzismo. Sto parlando non della persona psichiatrizzata, ma del pregiudizio, del disprezzo e del razzismo che ne è la conseguenza. Sto parlando della persona che giudica la persona psichiatrizzata. Quindi sto parlando di noi. Nel senso che è molto facile accostarsi alla psichiatria ed avere un atteggiamento

dicendo “loro” i poveri disgraziati che sono capitati nei manicomi. A interessa un altro approccio andare a capire nella relazione psichiatrica, quella che ha prodotto e produce tragedie, qual è il meccanismo che è tutto dentro lo psichiatra o chi per esso, nel vedere e nel giudicare la persona. Per cui stiamo parlando di pregiudizio, di disprezzo. Il razzismo è quella cosa lì: la razza inferiore. Qual è il meccanismo psicologico che è alla base del razzismo o del pregiudizio? È quello, come dicevo prima di considerare inferiore l'altro. Inferiore vuol dire inferiore a me che sono un essere umano, quindi al mio modo di vedere e alla mia cultura. Può succedere, come succede spesso, quando prevale il razzismo, cioè prevale la riduzione di una persona a qualcosa di inferiore a me, che persone che di solito nella loro vita familiare, tra i loro cari o la loro gente, sono dei padri affettuosi sanno amare, sanno esprimere quelli che sono sentimenti umani, poi, invece in altre circostanze sicuramente Mathausen come riferimento eccezionale, però in tutte le guerre che si portano avanti dappertutto, dalla Bosnia all'Iraq, poi nella pratica non provano pietà. Non c'è più pietà umana. C'è quel meccanismo che fa vedere l'altro non più come una persona verso cui io posso provare dei sentimenti umani come la pietà, ma un qualche cosa di inferiore per cui io posso fare cose terribili e contemporaneamente fare ed esprimere sentimenti anche buoni nei confronti di altri.

Altrimenti non si riesce ad uccidere l'altro.

Certo.

Ma non dico solo uccidere fisicamente.

Infatti la cosa interessante della guerra è quando si è parlato di quel marines che ha sparato ad un ferito per terra, qualche mese fa. E lì qualcosa è trapelato nel senso che è venuto fuori come i soldati che vanno in guerra hanno una gran paura che è quella di trovarsi di fronte alla morte, poi, in alcune circostanze, superano questa paura e la trasformano in qualche cosa di opposto. Da una parte l'indifferenza, ma non è indifferenza, in realtà, è quella passione quella carica emozionale di considerare l'altro inferiore, quindi un odio che permette di uccidere senza alcun rimorso. Poi ci sono altri meccanismi nella guerra in cui fa anche piacere uccidere. Addirittura su questo c'è da dire qualcosa di interessante che riguarda per l'appunto il discorso psichiatrico, perché qualche volta si definisce un assassino come maniaco o malato di mente quello che commette un omicidio che non ha senso. Si dice così. Izzo ha ucciso l'amante, sembra, e la figlia, non avendo senso se non nella malattia di Izzo. Allora in quel caso si ritrova il significato. Si potrebbe dire che ci sono degli omicidi che si possono spiegare e che sono fatti da persone normali e ci sono degli omicidi che non si possono spiegare se non attraverso la lente della malattia mentale e che sono fatti dai malati di mente. Verrebbe da dire, a chi la pensa così, di indicare quale omicidio può essere sensato. Nel senso che se spostiamo il punto di vista da chi da un giudizio, in questo caso lo psichiatra, o il giornalista, o chiunque, alla vittima e allora è ridicola questa divisione, perché la vittima è morta comunque. Dal punto di vista della vittima tutti gli omicidi sono insensati. Allora è fasulla la divisione tra omicidi sensati e omicidi insensati. Tra omicidi normali e quelli in preda a malattia di mente. Ma il dibattito è più vasto. Ad esempio per la guerra in Iraq ogni tanto trapelano notizie: nel dibattito che c'è stato per quel soldato che ha ammazzato a sangue freddo si sono sentiti alcuni soldati che erano lì, per cui durante la guerra c'è una specie di orgoglio ad uccidere. Il superamento della paura di uccidere, cioè passare dallo stato di una persona che vive in una situazione civile ad una che è in guerra, non è soltanto il superamento della paura, ma anche il piacere ad uccidere. Si potrebbe obiettare che una persona che uccide per piacere è un malato di mente, perché non si può

provare piacere ad uccidere, si può avere un motivo, ma non provare piacere. Anche questo argomento non è così semplice, nel senso che, quando si fa un'esecuzione di una persona, le persone che vanno ad assistere ad una impiccagione o ad una lapidazione in una pubblica piazza, o le persone presenti nelle camere a gas americane, queste persone provano o no un sottile piacere ad assistere all'uccisione di una persona? Tutta l'eccitazione. Io mi ricordo durante un incidente da un pulman sono uscite le persone in maniera scalmanate per andare a vedere il sangue. Tutti questi spettacoli americani sugli incidenti.

La violenza che c'è in generale in televisione. Siamo imbevuti di violenza, come drogati. E la stessa cosa succede ai soldati di ogni guerra: bisogna drogarli di violenza. Sono stata a Monte Sole e a Marzabotto dove tra le tante violenze mentre venivano stuprate le donne le SS suonavano l'organo nella chiesa. A Via Tasso a Roma dove c'era il quartier generale delle SS, durante la guerra, si suonava il piano mentre Kappler faceva fare le torture. Si provava piacere e si suonava, ma non si può dire che erano malati di mente, perché allora una nazione intera, la Germania e non solo, era malata di mente.

Un'altra cosa importante da dire a proposito della pietà è che secondo me rimane in ognuno un barlume di umanità, anche in quella persona che ha commesso le peggiori cose, e dire che è malato di mente è proprio non riconoscere questo, cioè che sei ancora un uomo. Mi hanno raccontato la storia di un terrorista che ora è condannato a morte in Marocco il quale doveva compiere un attentato in Palestina, ma non ci riuscì, perché non se l'era sentita di uccidere i bambini ebrei che giocavano come i bambini palestinesi. Questa è la dimostrazione del fatto che anche nel peggior uomo, come può essere diventato un terrorista, può non andare perduto quel barlume di umanità. Anche a Beslan, perché si sono potuti uccidere dei bambini? Perché erano drogati e non solo di violenza e di odio. Gli stessi soldati americani sono indotti a fare uso di psicofarmaci, questo è noto.

Da sempre questo. La prima guerra mondiale era primordiale e alcuni psicofarmaci sono stati messi a punto in Germania. Tutto questo discorso è per riportare tutto a quello che dicevamo all'inizio, sul giudizio e sul disprezzo che in campo psichiatrico si mettono più scopertamente in campo.

Con i discorsi sulla follia è come se davanti all'uomo cadesse un maschera. Quando si dice "malattia" è perché ci si vuole lavare le mani dalle colpe e perché c'è una paura dietro a pensare che se lui è così fragile, posso diventare anch'io così fragile.

Nel libro di Enzo Siciliano su Pasolini, racconta, appunto, che il disprezzo è fatto a metà di odio e a metà di paura. La paura è una forte passione e per questo credo che il disprezzo sia una passione con forte carica emozionale. Il disprezzo non è dire un qualcosa dell'altro in maniera fredda, è profondamente emotivo, infatti c'è anche la paura. Faccio un esempio: c'è una persona straordinaria che conosco e si chiama Alfredo, lui ha avuto un passato da psichiatrizzato e anche da alcolista, dal '95 ha frequentato con profitto Alcolisti Anonimi e si è liberato dalla psichiatria, anzi io dico spesso che Alfredo è l'unica persona che io conosca che non potrà correre il rischio di un TSO! Non può correrlo perché se lo vedono all'ospedale San Carlo lo buttano fuori perché terrorizzati dalla sua reazione come l'ultima volta che lo hanno preso! Alfredo è una persona che a volte se ha la possibilità è elegantissimo e pulitissimo, altre volte, quando non riesce deve dormire per strada. Alfredo ha un modo di presentarsi che qualche volta viene definito del barbone. Una volta eravamo ad un convegno di psichiatri

nell'ospedale Niguarda di Milano, stavamo aspettando in un atrio molto grande, ad un certo punto si apre la porta ed entrano tre psichiatri giovani, due uomini e una donna, e lì Alfredo stava parlando con noi. Immediatamente come sono entrati, stavano parlando fra di loro, tutti e tre come hanno visto e sentito Alfredo, hanno avuto un lieve trasalimento: tutti e tre con lo sguardo lo hanno subito puntato. Non si sono controllati: è stato un istintivo senso di paura di chi si mette in un atteggiamento di difesa. E questo verso una persona che è il "barbone" non verso chi sta urlando. È stato interessante, perché il loro primo comportamento è stato quello di irrigidirsi e lo hanno subito guardato cercando di capire. Le relazioni all'interno dell'universo psichiatrico sono molto forti e a volte sono anche violente. C'è una forte emotività da parte di chi dà il giudizio psichiatrico e poi, ovviamente, c'è una forte emotività di chi lo subisce. Questo argomento non è da poco, cioè il disprezzo non è una passione fredda. È una passione molto coinvolgente. In questo senso lo ripeto darsi da fare per il Telefono Viola e aiutare persone che sono psichiatrizzate è un'esperienza straordinaria.

Una volta mi avevi detto che fare antipsichiatria era come una filosofia di vita.

Sì, ho usato un termine un po' eccessivo! Voglio dire che per capire bisogna approfondire i meccanismi di relazione, ma anche tu come ti comporti e reagisci. Non possiamo essere una forma assistenziale perché le associazioni assistenziali, cioè coloro che sono caritatevoli e che danno assistenza sono sani di mente con cuore buono che aiutano malati di mente con cuore cattivo. L'approccio del Telefono Viola, antipsichiatrico o non psichiatrico, è quello di riconoscere l'esatta parità dell'altro. Questo porta a far sì che si parta dall'altro e cosa vuole fare. È importante, tante volte noi abbiamo a che fare con il parente stretto, la fidanzata, che ci chiedono come aiutare una persona. Le prime volte ci parliamo anche, ma poi diciamo che dobbiamo parlare con la persona per vedere cosa vuole fare.

Cioè deve chiamare direttamente la persona interessata.

Sì, deve chiamare la persona interessata. Raramente facciamo più di un incontro senza arrivare alla persona. Per esempio Alfredo una volta fece un intervento straordinario. Vennero una sera due genitori, che facevano parte della sinistra democratica, che erano preoccupati del loro figlio perché sentiva le voci. Erano molto preoccupati, erano antipsichiatri e sapevano tutto sull'antipsichiatria e non volevano che il loro figlio finisse nella psichiatria. Ci parlavano di questo figlio che sentiva le voci, che era spaventato e loro lo erano ancora di più. Ad un certo punto Alfredo, bofonchiando, come è il suo modo di fare, gli ha chiesto: «Ma perché XX non è venuto e siete venuti voi a parlare per lui?». I genitori erano imbarazzati, non sapevano rispondere. Immediatamente quella domanda ha fatto cogliere il loro atteggiamento psichiatrico nei confronti del figlio. Sono andati a parlare con il Telefono Viola per avere un approccio non psichiatrico e però non lo hanno coinvolto. Quella sera credo che ai genitori la domanda di Alfredo qualcosa insegnò, perché poi si entrò nel merito che il pregiudizio è un impedimento a capire l'altra persona. È non ascoltarla, insomma. Fu illuminante, anche perché, ad un certo punto, il marito si rivolse alla moglie ricordando una cosa che era successo qualche giorno prima. Qualche giorno prima il figlio si era lamentato perché un raggio attraversava la sua stanza. Lui si lamentava anche di altre voci e di altre cose e pensando che era un'altra espressione della pazzia del figlio non gli hanno dato peso. Il padre ha scoperto per caso che c'era nella parete di fronte il cortile, un ragazzo che si stava divertendo con un raggio infrarosso a dare fastidio alle finestre di fronte. Quando

discusse con noi il padre pensò: «Ma allora aveva ragione». Soltanto che dubbio di sbagliarsi una volta non è stato così forte da fargli cambiare atteggiamento verso il figlio. Soltanto in un contesto diverso che era il Telefono Viola, con le domande che ponevamo noi, che gli si aprì uno spiraglio. Ma allora se è vero una volta allora probabilmente può essere vero altre volte. Fu opera di Alfredo questa cosa.

Come andò a finire poi?

Non li vedemmo più, purtroppo, probabilmente trovarono qualche psichiatra democratico. Questo per parlare di altri che non sono propriamente psichiatri. Ci fu un altro caso di una ragazza che faceva il Telefono Viola, studiava psicologia, e poi andò via. Il Telefono Viola ha attirato molti psicologi e psicologhe che poi sono andate via! Cos'era successo? C'era un ragazzo di sedici anni che era scappato di casa ed era andato a finire in una fabbrica che era stata occupata. Venne fuori un problema in questa fabbrica che venne posto da questa ragazza. Lei disse che questo ragazzo aveva dei problemi di relazione e che aveva parlato con i genitori e proponeva che venissero i genitori a parlarne al Telefono Viola. Per altro, questa cosa, l'aveva già fatta con un gruppo di ragazze di questa fabbrica occupata. Un altro del Telefono Viola si arrabbiò molto, togliendomi la parola di bocca, perché tutto questo doveva essere fatto all'insaputa del ragazzo. Ecco questo dimostra che non è che ci sono i buoni e i cattivi, perché questo è l'errore e la riduzione che molti che fanno politica fanno: io sono dalla parte buoni e dall'altra parte ci sono i cattivi e i cattivi chi sono? gli psichiatri... Non è così! Magari fosse così semplice! Anche chi teorizza e porta al di fuori delle persone tutta la radice dell'argomento, lo Stato... ogni riduzione è manchevole, perché ci siamo dentro noi. Ogni di noi ha una cultura che può portare a questo. Per quello dicevo che fare il Telefono Viola è una scuola di vita. Porta a vedere quello che è il movimento della lotta antipsichiatrica in maniera non schematica. Il Telefono Viola è un movimento per la libertà. Anzi non per la libertà, ma per la libertà dell'individuo. In un campo specifico dove la libertà individuale, in occidente, viene conculcata. La libertà di quel individuo viene conculcata perché c'è una cultura, oltre a ragioni economiche, politiche e sociali. Comprende anche noi questa cultura, questo è importante. Non stiamo parlando di argomenti di cui noi siamo spettatori. Stiamo parlando della nostra cultura. Il fare Telefono Viola mette a dura prova la nostra cultura, perché poi è difficile fare il Telefono Viola. Non è possibile aiutare concretamente una persona, ottenere delle vittorie, sempre parziali, se non riesci ad avere una relazione con quella persona che è particolare, è alla pari. Se non riesci ad esserne coinvolto non puoi farlo.

Tu nella vita fai l'architetto e come è iniziato questa esperienza del Telefono Viola?

Io ho sfiorato la psichiatria e per mia fortuna è andata bene.

È molto facile entrare in un meccanismo che sembra una gabbia.

Dire che sono stato sfiorato dalla psichiatria, vuol dire che sono stato dall'altra parte seppure per poco. Per poco no, perché il pregiudizio psichiatrico è durato. Finire dall'altra parte cosa vuol dire? Vuol dire che contrariamente a quello che avviene nell'esperienza normale, vai dall'altra parte: tu sei colpito dallo sguardo dello psichiatra, di altre persone che hanno nei tuoi confronti un pregiudizio psichiatrico. Lo sguardo non mente e riesci a vedere con quanta durezza, a volte quanto odio, a volte quanta compassione pelosa, c'è dietro gli sguardi. Quella è l'esperienza quotidiana di settecento, ottocentomila persone sottoposte a psichiatria: l'essere guardati in un certo modo. Questo è un argomento che non appare tanto nei dibattiti antipsichiatrici, perché in realtà uno che dice delle

parole lusinghiere e però lo sguardo è duro, c'è poco da fare: lo sguardo non mente. Allora da questo punto di vista, sia pur sfiorato, ho fatto un'esperienza incredibile di avere un altro punto di vista: quello dall'altra parte. Non la racconto perché la cosa è molto complessa. È un'esperienza molto forte, ma che rende molto sensibili alla relazione con gli altri. Proprio perché le parole sono dissonanti con gli sguardi è un argomento di conoscenza. A volte quando si parla di una persona, perché si sta cercando di aiutarla a volte si scivola in un giudizio di buon senso che è poi quello classico. Invece quando cerchi di metterti nell'altro, anche fisicamente, aiuta a vedere le cose un pochino diverse. Anche quando il giudizio comune sia quello più semplice nei confronti di una persona. Quelle della psichiatria sono delle categorie di ognuno. Nel senso che parlare di antipsichiatria senza farla, ma perché è una categoria interessante e per la sinistra essere antipsichiatri è un dovere, un obbligo, farla è diverso e nel farla viene fuori che non c'è questa contrapposizione tra gli psichiatri e il mondo fuori dei buoni. Entrare nel merito della difesa di una persona vuol dire mettersi in gioco e a volte, parlo personalmente, non sono nella condizione di mettermi in gioco. A volte ci sono delle condizioni della mia vita che non riesco a dare l'aiuto che è possibile dare. È un modo di operare abbastanza interessante. Noi affrontiamo qualsiasi caso ed io faccio il paragone spesso col processo. Un po' perché nel Telefono Viola io ho seguito tutti i processi. Processi mai tentati da noi, cioè mai tentati dalla persona, ma sempre di persone che sono sottoposte a processo, o a procedimento di interdizione eccetera. È interessante il processo. Perché? Perché innanzitutto è una specie di teatro. Anche la vita è un teatro! E ci sono i ruoli. È interessante riuscire a cogliere quali sono i ruoli. Poi ci sono delle modalità particolari non solo le opinioni, i giudizi scritti sui comportamenti, gli atti, i fatti come vengono riportati. È evidente che lo strumento principe di chi fa antipsichiatria, è di contrapporre alle menzogne la vita della persona. La vita reale quello che pensava realmente chiedendoglielo e non che presume pensasse o facesse, che è invece il modo delle perizie psichiatriche. Bisogna andare a leggersi gli atti e i giudizi degli psichiatri per far uscire fuori tutte le contraddizioni. Ci sono dei casi che vanno proprio costruiti insieme alla persona, dove il fondamento è far dire alla persona stessa come stanno le cose. Perché poi quando c'è di mezzo la psichiatria è l'interpretazione dei comportamenti, dei pensieri e delle parole. Allora l'argomento principale quando c'è da mettere in piedi una difesa è quello di chiedere e di far dire alla persona quali sono i comportamenti e i pensieri. Altrimenti non si vince e la psichiatria non la superi. Chiunque fa Telefono Viola ha un grandissimo interesse al contesto, alle relazioni della persona, perché non si possono fare errori di inconsapevolezza. Bisogna essere molto consapevoli. Essere consapevoli della realtà delle cose o, meglio, della realtà della persona imputata, che è la più vera, visto che riguarda i suoi comportamenti e i suoi pensieri, nel fare questo bisogna contrapporsi a strumenti molto forti che sono le perizie di professori famosi.

Il Processo di Kafka.

Quello di cui parlavo è il processo vero e proprio, *Il Processo* di Kafka, è una cosa ancora più interessante, perché riguarda la vita vera e propria. Perché in che cosa si fonda l'argomento psichiatrico? Nel giudizio. Non solo alcuni specialisti, ma la società in genere giudica alcuni suoi membri malati di mente, con tutto quello che significa lo stigma. Ed è un giudizio che una volta dato diventa pregiudizio su tutto, nel senso che non si sposta più viene sempre riproposto. Comunque non vorrei demonizzare questa cosa del pregiudizio, perché io credo che in generale, noi, chiunque di noi ha una relazione con il mondo, con gli altri e le cose, a partire da un pregiudizio nel senso che la mia conoscenza del mondo non è quella oggettiva che mi si presenta davanti, è la conoscenza culturale che

io ho dentro di me.

È infatti capire la relatività delle cose.

Il pregiudizio non sta soltanto in un fatto culturale nella paura della follia sta nel fatto che il pregiudizio è la realtà più normale di relazionarsi al mondo. Noi non conosciamo il mondo al di là della nostra esperienza, noi lo conosciamo sulla base della nostra esperienza e della nostra cultura. Quindi, quando ci avviciniamo al mondo lo facciamo con le nostre categorie e con le nostre categorie guardiamo il mondo e le persone. Il pregiudizio è un meccanismo normale. L'equivoco in una relazione non è l'eccezione, ma è la normalità. Tra due persone il modo di vedere la relazione tra due persone è diverso ed è più facile che ci sia l'equivoco che non la comunanza di interessi e di intendimenti. Il pregiudizio è un nostro approccio normalissimo da quando siamo bambini ed è chiaro che il fatto di crescere, la cultura e il mettere in dubbio le nostre conoscenze è un aspetto culturale fondamentale ed è un argomento non da poco. È indubbio, però, che giudicare gli altri sulla base di quello che noi sappiamo è la modalità più normale, quindi ribaltarlo è difficile. È difficile perché dobbiamo ricacciare indietro le nostre idee, fare uno sforzo fino a che non ce ne liberiamo ed avvicinarsi all'altro fino a che è possibile.

Per questo discorso che fai credo sia evidente che la psichiatria non ha una conoscenza reale, vera delle cose e dell'uomo.

Non è esatto quello che dici: non può avere una conoscenza reale. Non solo non ce l'ha, ma non la può avere.

In questo campo, lo abbiamo già evidenziato, siamo proprio agli inizi.

Siamo ancora agli inizi. Che vuol dire che se vuoi avere una relazione con un'altra persona, qualunque essa sia, bisogna essere rilassato. Questo è un altro argomento interessante: essere rilassati nella relazione con l'altro. Non c'è una persona che fa parte del tuo mondo e fa delle cose strane. C'è una persona di cui tu fai parte, del cui mondo, tu fai parte che ha dei comportamenti, però tu ci sei dentro quel mondo. Un altro spigolo importante nel mondo della psichiatria è quello di pensare, nel modo di pensare gli altri, sia un modo oggettivo. E qui l'esempio più eclatante è la perizia psichiatrica. La perizia psichiatrica ha una caratteristica incredibile in un processo, perché somma in sé l'accusa e il giudizio. Tutte le altre perizie sono di periti, che hanno pareri diversi e sono basate su delle analisi (il perito balistico fa degli studi, delle comparazioni), i periti si affidano alla tecnica e poi sulla base di questa tecnica esprimono un parere che viene poi utilizzato dal giudice. Tutto questo avviene per tutte le perizie tranne per la perizia psichiatrica. Innanzitutto la perizia psichiatrica non è più suffragata da verifiche, esperimenti, da foto, da fatti, ma è un'opinione. Per le altre perizie nessun perito può permettersi di esprimere un'opinione come perizia. Nella perizia psichiatrica l'oggetto della perizia è un'opinione. Cioè il parere dello psichiatra nel giudicare i comportamenti, gli atti, le parole e anche il pensiero della persona. Li giudica e da quella ne trae delle conclusioni: che è pericoloso, che non era in grado di intendere e di volere, eccetera. Quando lo psichiatra dà un'opinione che è malato di mente e, quindi, va scarcerato per poi mandarlo in manicomio criminale dà un giudizio che viene di solito ripreso pari pari dal giudice. Sto parlando, chiaramente, di un processo in cui la persona che ha commesso reato, non è ricca, non fa parte della mafia, perché chi ha soldi usa la psichiatria e non ne è succube. Io sto parlando del processo tipico che viene fatto ai più reietti che ci sono al mondo e che sono i malati di mente. Quando il perito dice che quella persona non era in grado di intendere e di volere, per cui viene assolto e mandato in manicomio criminale, quella perizia

non è un elemento che utilizza il giudice per dare il suo giudizio è semplicemente: il giudizio. Quindi è l'unico caso in cui una perizia diventa accusa e viene presa come giudizio. L'interrogatorio di una persona, questo lo dice anche Szasz, avviene secondo delle modalità, tranne che il campo psichiatrico. Voglio dire che se uno deve essere interrogato è il giudice che lo interroga alla presenza delle parti, dando delle garanzie alla persona che interroga. Invece per la perizia psichiatrica, che è un interrogatorio e anche questa è un'atipicità: sulla perizia è un interrogatorio, il perito, che è subordinato al giudice, in realtà fa un interrogatorio al posto del giudice e lo fa senza dare le garanzie alla persona. Senza dirgli, per esempio, che deve stare attento a come rispondere, altrimenti ne va di mezzo la sua libertà, cioè senza le garanzie che ci sono negli interrogatori. Ma non è finita. Lo psichiatra che interroga fa un interrogatorio che è un esame. Tutti noi sappiamo cosa vuol dire l'esame. Tutti noi abbiamo passato degli esami e sappiamo che ci fanno tremare per la paura, per l'interrogazione. In quello, che è un esame particolarmente forte, il meccanismo psicologico che si insinua è violento nell'esaminatore e nell'esaminando, e mentre in un qualsiasi esame c'è un interrogato che ha una forte tensione emotiva e un interrogante che può capire questa forte tensione che può capire questo o ha piacere a sottolineare il ruolo dell'esaminatore però tutto avviene su quel argomento di conoscenza di quella persona e non sul suo stato d'animo, perché non è in giudizio lo stato d'animo. Cosa avviene di assolutamente folle nella perizia psichiatrica, cioè nell'esame più esame che ci possa essere? Che non solo è un interrogatorio dove la persona non sa che se risponde e come risponde ci può andare di mezzo, ma quello che fa l'interrogatorio, che è un esaminatore di un esame che mette in grande difficoltà la persona, va a prendere come argomento della perizia quello che vede. Vede gli arrossamenti, i balbettamenti, il torcere delle mani, vede tutto quello che è una reazione ad una tensione così forte come l'esame. Nel descrivere questi comportamenti e questi atteggiamenti l'esaminatore non tiene conto del fatto che sono spiegabili dal fatto che la persona è sottoposta ad un esame del quale lui sta facendo le domande, quindi è una reazione al suo modo di porsi, al suo modo di fare le domande. Tutto questo scompare perché nella perizia psichiatrica lo psichiatra perito non c'è. C'è soltanto la persona esaminata. Avvengono delle cose agghiaccianti. Conosco una ragazza, Ersilia, che è una persona straordinaria e viene spesso da me a vendermi giornali di strada, figlia di ricchi industriali del varesotto ha fatto delle scelte per cui vive per conto suo. Ha avuto un figlio da un uomo di colore: una sera ha deciso di avere un figlio da un senegalese e lo ha avuto, sapendo che il padre era leghista, quindi lo ha fatto anche con piacere. I genitori glielo hanno tolto. Quando è nato noi l'avevamo difesa ed avevamo trovato un istituto di monache molto brave che aiutano le mamme e sono state molto attente a non far sapere ai genitori che lei era lì. Soltanto che poi alla fine di luglio, in un momento in cui non c'eravamo noi del Telefono Viola, lei si è sentita male, mancavano due mesi di gravidanza ed è stata portata al San Giuseppe, lì le hanno chiesto chi era ed immediatamente è venuto il padre, che l'ha presa e l'ha portata alle Betulle, dove insistevano per farla abortire e lei si è rifiutata. Ha avuto un'esperienza terrificante di una donna alla prima gravidanza che è un'esperienza molto forte che ha bisogno di un mondo amico, in un mondo invece in una struttura psichiatrica dove i medici cercavano di consigliarla con forza, pagati dal padre, perché la struttura è privata, ad abortire e lei ha tenuto duro, perché ha un grandissimo carattere. In seguito è successo che ha partorito dopo tre giorni un'assistente sociale le ha portato via il bambino.

E il motivo?

Il motivo è che secondo gli assistenti sociali, gli psichiatri e il padre, lei per motivi psichiatrici non poteva tenere il bambino. C'è stato un processo che è durato un anno in cui lei poteva andare a vedere il bambino una volta la settimana. Il processo era incentrato sulla perizia psichiatrica. Il giorno prima del processo lei è venuta da me ed era preoccupatissima, perché tutto dipendeva da questo interrogatorio. È venuta a chiedermi consiglio su come vestirsi, su quale impressione doveva fare, per fare in modo che avessero una buona impressione, se doveva essere spigliata, un po' giovanile, mettersi i sandali perché era estate, se mettersi i vestiti un po' lunghi tipo anni settanta, piuttosto di un tailleur... Era preoccupatissima dell'impressione, quindi con quel animo lei è andata all'interrogatorio psichiatrico. La perizia fu su alcuni suoi comportamenti, cioè sul fatto che era arrossita o che ridacchiava, sai il risolino di tensione. Queste cose sono state delle pietre che lui ha scagliato contro questa ragazza per dire che non era possibile che potesse avere un figlio. Capisci l'assurdità: tu crei una situazione di paura nella persona, descrivi i suoi sintomi su quello che tu gli stai facendo in quel momento, togli te stesso, togli questa ricostruzione e quelli diventano gli argomenti della malattia mentale. Tutte le perizie psichiatriche sono così, tranne qualcuna rarissima dove c'è un minimo di empatia. Per esempio di una ragazza che è stata martoriata a Messina e che è stata seguita sia da noi che da quelli dei Telefono Viola di Messina che allora c'era. Fu fatta la domanda di perizia psichiatrica, c'era stato un primo psichiatra che aveva fatto la perizia che aveva detto che lei è anaffettiva che vuol dire che non riusciva a provare affetto dopo due ore di incontro, lo psichiatra che fece dopo la perizia è stato bravissimo perché ha scritto: «Alla fine dell'incontro Viviana si è avvicinata e mi ha dato due baci sulle guance. Se questa la chiamate anaffettività!». È stato geniale questo psichiatra. Semplicemente ha messo in evidenza come gli argomenti della malattia mentale di Viviana non erano nient'altro che di reazione alla chiusura e la difesa rispetto ad un atteggiamento orrendo di quel primo psichiatra e che sicuramente conosceva il primario dell'ospedale psichiatrico. Questo è l'altro grande argomento oltre al pregiudizio e al disprezzo. È questa inconsapevolezza che nel dare il giudizio sull'altro spesso ci siamo anche noi. Perché noi diamo il giudizio sull'altro anzi abbiamo il pregiudizio sull'altro. E quel pregiudizio può essere confermato o meno da come si comporta l'altro. Quello che noi andiamo a valutare in forza del pregiudizio, in realtà, non è che la reazione alla nostra diffidenza. Se noi guardiamo una persona come fa lo psichiatra: con lo sguardo interrogativo, Philippe Dick, grande scrittore di fantascienza che è andato a finire in manicomio più volte, dice che lo psichiatra è quello che non sta a sentire quello che dici, ma perché lo dici, cioè non ti ascolta, però sente le tue parole per cercare di capire dove ti può collocare e incasellare. Qual è la differenza fra il dialogo con una persona e invece l'interrogatorio di una persona psichiatrizzata e lo psichiatra? O comunque tra chi ha un pregiudizio e la persona che è oggetto del pregiudizio? È che nella conversazione c'è chi parla e chi ascolta (ed in questo caso io parlo moltissimo! Ma c'è un dialogo perché si interloquisce!). Nel parlare implica un aumento di conoscenza nel chi parla, perché una cosa è pensare delle cose e un'altra è dirle e cercare di spiegarle e questo significa un aumento di conoscenza, nel parlare si cambiano prospettive. L'altro lo stesso.

Non so se sia un proverbio cinese o l'abbia detto un santo che dice che se l'uomo ha due orecchi e una sola bocca è perché deve più ascoltare che parlare.

Sì, nell'ascoltare siamo portati a pensare, a contraddire, a dialogare insomma la conversazione è sempre una crescita delle due persone coinvolte. Però il fatto che uno stia indagando è un atteggiamento totalmente diverso. Quindi l'altro

atteggiamento forte, oltre al disprezzo e al pregiudizio, è l'inconsapevolezza: il non sapere che noi stiamo giudicando in quel momento preciso, per esempio un certo nervosismo che notiamo nell'altro che va a rafforzare il pregiudizio che noi abbiamo nei suoi confronti. La cosa più banale è per esempio i cani che mordono: i cani che hanno paura mordono. Ed io lo posso dire perché ho avuto paura dei cani. Il cane si spaventa quando sente la paura dell'uomo e fa bene perché sa che una persona che ha paura è capace di fare delle cose che non farebbe mai: prende una pietra, se ha una pistola gli spara eccetera, ha paura e, quindi, si prepara ad aggredirlo. Il cane che non è stupido e sente le cose, sente questa paura e, quindi, ringhia, abbaia e aggredisce. È una forma di difesa, non è una forma di aggressività. L'aggressivo sei tu che hai paura. Questo è il terzo punto della psichiatria: quello di togliere se stessi nel giudicare l'altro. Nelle migliaia di pagine che gli psichiatri scrivono la descrizione degli atteggiamenti non è altro che la reazione a loro stessi. Ma questo al di là della relazione umana è un argomento centrale di tutte le relazioni umane. Se tu vai con atteggiamento ostile, non amichevole, guardingo, viene concepito esattamente per quello che è. Non ci si può poi meravigliare dei comportamenti. Noi stessi ci avviciniamo in maniera diversa a secondo delle situazioni e delle persone che incontriamo, quindi, non è vero quando diciamo "sono fatto così". In generale i comportamenti sono sempre di due "caos" di persone che si incontrano e che si scambiano continue stimolazioni vicendevoli. Questi tre argomenti sono sempre presenti in un caso psichiatrico, anzi "caso" è già una riduzione, è più giusto dire: in una persona che subisce una violenza psichiatrica, ma non solo dallo psichiatra, anche da chi gli sta intorno. Sapere che ci sono queste tre grosse modalità è molto importante e sono fondamentali per il Telefono Viola.

**Intervista a Raffaele B. del Telefono Viola di Milano
Milano 8 settembre 2004**

Effetti collaterali. Guida all'uso e abuso degli psicofarmaci (Nautilus, Torino 1998) è uno strumento ideato e realizzato dal Telefono Viola di Milano, che dal 1996 opera contro gli abusi e le violenze psichiatriche, tu ne sei uno degli autori. Non è coperto da copyright ed è interamente scaricabile da internet. Una guida che apre gli occhi sul fenomeno inquietante della farmaco dipendenza. Possiamo dire che è la tua materia, nel senso che ne sei diventato molto esperto.

No, non è la mia materia! Io non sono un medico e non sono un tossicologo. Ma perché conosciamo gli psicofarmaci o i farmaci? Già la parola "psiche-farmaco", rimanderebbe a farmaco dell'anima o della mente, che non è una cosa reale. Esistono i farmaci che vanno dall'aspirina che è un analgesico e si arriva ad un'altra categoria che sono gli ansiolitici che si dividono in minori, maggiori, ipnotici, di vario tipo. Tutti questi sono considerati farmaci. Quelli che vengono utilizzati dagli psichiatri o da altre categorie mediche, perché ultimamente vengono utilizzati anche in ambito non psichiatrico, noi li cataloghiamo come psicofarmaci.

Quali sarebbero le altre categorie che utilizzano gli psicofarmaci?

Per esempio le benzodiazepine che sono ansiolitici, come il Lexotan, il Tavor, il Valium che hanno delle caratteristiche per cui vengono dati per l'ansia, ma altre volte, siccome hanno una funzione di amplificatore, vengono dati in forma di cocktail, che gli psichiatri amano propinare ai mal capitati. Per esempio il Lexotan, che è un ansiolitico se viene dato insieme ad un antidepressivo e un neurolettico, con ampio dosaggio, dà un rimbambimento totale alla persona che deve assumere questi farmaci.

Gli psicofarmaci possono essere prescritti non solo da psichiatri.

Gli psicofarmaci vengono usati anche per altri ambiti non solo per la cosiddetta malattia mentale. Vengono usati per esempio in reparti di medicina interna o in reparti medicina geriatrica. Alle persone anziane danno ansiolitici se non anche di peggio per tenerli "buoni". sono farmaci che quietano non sono curativi. Questi farmaci non sono curativi, sono solo sedanti. Sedano e basta. I dosaggi sono molto alti ed hanno degli effetti collaterali molto spiacevoli: danno dipendenza quanto e di più delle droghe illegali tipo l'eroina. Causano dei meccanismi di astinenza se non si prendono. Quando una persona vuole uscire da questo percorso farmacologico non è tanto facile. Nel senso che deve sostenere uno scalaggio sotto controllo medico. Credo che tre quarti della popolazione anziana italiana faccia uso di Xanax, Tavor, Lexotan, Valium e tutti questi ansiolitici che vengono prescritti dai medici di base che dicono: «Ma lei non ha dei problemi per dormire? Prenda allora questo o quest'altro...». Sono persone anziane che hanno tutta una serie di altre patologie e questo non gli fa bene. Chi produce questi farmaci è contento, naturalmente. Questa situazione attira un mercato farmacologico che fa paura. C'è stato un periodo che abbiamo provato ad andare nelle farmacie a chiedere questi farmaci senza ricetta e ci siamo andati in varie versioni: giovane scapestrato vestito male, persona in giacca e cravatta con valigetta, e persona donna e uomo anziani. Cosa è successo? Che al giovane scapestrato vestito male non gli hanno dato niente e gli hanno detto che ci voleva la ricetta, alla persona in giacca e cravatta, facendo un po' di sceneggiata è riuscita ad avere il farmaco senza ricetta, agli anziani glielo hanno dato senza nessuna esitazione e senza ricetta. Questo per dire che non c'è assolutamente controllo. Le persone che chiamano il nostro centralino di ascolto

del Telefono Viola chiedono proprio informazione sui farmaci che gli vengono dati dai servizi della psichiatria, sulla pericolosità del farmaco o ci chiedono anche come riuscire a scalare i farmaci. Molte persone ci chiamano e ci informano e questa è anche una ricchezza di questo centralino di ascolto. Noi siamo partiti nel '96, parlo del Telefono Viola di Milano, con una conoscenza un po' minima. Alcuni di noi provenivano dall'esperienza dell'Ambulatorio Medico Popolare (un ambulatorio gratuito aperto a tutti) ed avevamo solo un'infarinatura generale. È stato l'ascolto al Telefono Viola, il parlare con le persone a farci diventare esperti. Anche il libretto *Effetti collaterali* è la ricostruzione delle esperienze avute dalle persone alla quali abbiamo chiesto che farmaci prendevano, che effetti collaterali avevano. Cosa fanno questi psicofarmaci noi lo sappiamo attraverso la testimonianza diretta delle persone. Quindi al Telefono Viola oltre a dare informazioni, riceviamo informazioni. La cosa è reciproca. Le informazioni le riceviamo dal vivo delle persone. Quindi abbiamo una completezza di informazione. Noi lottiamo contro gli abusi che questa psichiatria esprime ed esprime segregazione, giudizio, non libertà di scelta ed è obbligatoria attraverso delle leggi da cui gli psichiatri hanno il coltello dalla parte del manico.

Tu una volta hai spiegato ad una persona che in Inghilterra le droghe e gli psicofarmaci vengono chiamate con lo stesso nome.

Sì, vengono chiamate "drugs": droghe. Nel senso che per loro le droghe illegali o legali sono la stessa cosa.

Infatti lo dicevo proprio perché è manifesta un'ipocrisia da parte dello Stato che dice questo è legale e questo no e magari fa anche meno male.

Per noi è differente ed è dato da una formula ufficiale. Ci potremmo adeguare anche noi a chiamarle solo droghe. Poi ci sarebbe da fare un discorso su come al nostro cervello piacciono le droghe, ci sono droghe più piacevoli e droghe meno piacevoli, ma comunque il nostro corpo si adegua e una volta che la sostanza avviene la crisi d'astinenza e di una certa portata, addirittura per certi farmaci e, specialmente quelli che sembrerebbero di migliore assunzione, sono i più difficili da scalare. Per esempio il Tavor e lo Xanax che sono quelli che si vendono di più, lo scalaggio può durare anche tre o quattro mesi. Per certe persone c'è anche una dipendenza psicologica, sono le persone che lo assumono volontariamente. C'è una dipendenza psicologica sul fatto del perché lo prendevano e, quindi, toglierglielo è come togliersi un'altra situazione che potrebbe essere come quella illegale da strada tipo eroina. Le persone che sono invece obbligate e che vorrebbero invece prendere il biancospino, ma nell'ambito dei servizi di psichiatria o i SERT, questa non è considerata un'alternativa. Ci sono pochissimi psichiatri o psicologi, si contano sulle dita di una mano, che danno farmaci omeopatici. Non viene considerata la scelta della persona perché tutto gira verso un fattore di obbligatorietà. Tutto funziona da un sistema creato dall'industria farmaceutica.

Quelli del Telefono Viola di Firenze hanno raccontato di un caso di una ragazza che per farla dimagrire gli hanno dato un farmaco che è un antiepilettico e che ha come effetto collaterale il dimagrimento. Quindi non gli è stato dato un farmaco per il suo principio attivo, ma per il suo effetto collaterale. Si diceva giustamente che non c'è niente di scientifico in questo.

Sì, il farmaco che gli hanno dato non è un farmaco dimagrante. Una volta venivano usate le anfetamine perché tolgono l'appetito, ma ti fanno venire la dipendenza da anfetamina. È per questo che le hanno tolte dal mercato. Il farmaco che la psichiatra ha dato a questa ragazza e tra poco ci sarà il processo,

non è un dimagrante, ma è un anticonvulsivante. Gli psichiatri, anzi la psichiatria insieme alla farmacologia, decidono di fare dei nuovi farmaci, ma di nuovo non hanno veramente niente. Principi attivi nuovi non esistono in psichiatria. Tre quarti dei farmaci nuovi che vengono costruiti vengono da altri farmaci già esistenti. Vengono aggiunti atomi o molecole ai principi attivi e si costruiscono questi farmaci. Con dei dosaggi molto alti fanno il botto, come si dice. Più che una scienza, la psichiatria è un pasticcio. Ultimamente hanno tirato fuori tutti questi farmaci che venivano usati nell'epilessia, nel morbo di Parkinson e li chiamano: stabilizzatori dell'umore. Andando a vedere la loro primaria utilizzazione si trova: anticonvulsivanti. Ad una persona che non ha questi problemi gli vengono dati questi farmaci in aggiunta di altri: è il cocktail. La persona viene sedata e viene drogata ed è prigioniera di una sostanza che se non la prende iniziano tutta una serie di effetti collaterali di vario tipo.

Mi sembra che tutti agiscono sui sintomi, ma non sul problema.

Il problema? Se c'è un problema! Qui entra in ballo l'analisi della persona che ci racconta il suo vissuto, perché noi non siamo pragmatici: ogni volta noi cerchiamo di fare un'indagine per capire a monte che cosa succede. È palesemente chiaro che la maggior parte dei casi proviene da un ambiente familiare o comunque di disagio e disagio ambientale di persone che si trovano in situazioni che potrebbero essere esaudite o risolte se si attivassero dei canali che sono presenti o che dovrebbero essere presenti a livello cittadino, tipo servizi sociali. Per effetto della privatizzazione o semplicemente menefreghismo di chi ci lavora, questi servizi, non vengono attivati. Quindi quella persona che denota un certo disturbo lo danno in pasto alla psichiatria. Lo psichiatra risolverà il problema in qualche maniera. Sulle situazioni scomode, a livello di società, preferiamo delegare alla psichiatria. C'è tutto un sistema che va bene a tutti quanti. Molti problemi sollevati, quasi sempre dalla famiglia, potrebbero essere risolti nell'ambito dei consultori familiari o con qualche chiacchierata. Si crea il caso psichiatrico. Anche ultimamente abbiamo avuto delle telefonate di persone che venivano minacciate di invio in comunità e in questo abbiamo registrato che c'è un particolare interesse della psichiatria per le persone che godono di pensioni, dico loro pensioni e non di invalidità mentale, che appartenevano a loro per il lavoro che hanno svolto in passato. In questo c'è qualcosa che non funziona. Queste persone attraverso dei comma della legge sul TSO sono stati inabilitati provvisoriamente. Inabilitati vuol dire che i loro soldi sono stati messi sotto un'amministrazione particolare e a loro è stato negato l'accesso. Questa è un'altra modalità di come la psichiatria si muove nell'ambito di perizie, interdizioni, inabilitazioni provvisorie dovute ai TSO. Noi ci occupiamo di tutte queste persone che chiamano questo centralino, aiutiamo i familiari o se le persone si trovano negli SPDC, cioè nei reparti psichiatrici degli ospedali civili e cerchiamo di fargli revocare i TSO, fino a fare degli esposti o delle denunce ad operatori psichiatrici che hanno fatto degli abusi.

Io mi sono formato dal counseling telefonico all'azione all'interno delle strutture. Non ho fatto una scuola particolare, non sono psicologo, medico, eccetera. Per me la cosa importante è ascoltare le persone, io lavoro in un ambito per cui ho fatto esperienza di come lavorano i servizi, perché provengo da un ambito socio sanitario. Posso dare, quindi, informazioni su come funziona un servizio, senza mediare, nel senso che mediare non ci interessa a noi ci interessa la persona. Sicuramente quella persona non la aiutiamo a far saltare in aria un servizio psichiatrico, perché non ci interessa, ma possiamo anche fare un ambito di mediazione. Difficilmente si trovano associazioni che sono in tutto e per tutto dalla parte di persone abusate.

Sì, infatti, è una cosa abbastanza unica il Telefono Viola.

Ci sono tantissime associazioni che parlano dei diritti dei malati mentali, ma poi alla fine quando gli vai a parlare ti dicono: «...ma deve prendere la terapia quello lì...». Li volete sedati, li volete psichiatrizzati e allora i loro diritti quali sono? Potrei citare tutti i sindacati, da CGIL ai Cobas, anche i famosi Cobas. Noi registriamo che moltissimi lavoratori di ditte, uffici, istituzioni, enti statali, subiscono mobbing che viene trasformato in patologia psichiatrica.

Sì, perché per accertare che ci sia stato mobbing deve essere fatta una visita psichiatrica.

Questo è l'inizio della fine in realtà. Perché tu dirai dallo psichiatra delle cose determinate in cui lui determinerà che tu hai il delirio, che hai una forma paranoica. Lo psichiatra non è dalla tua parte, mai. Noi ce ne siamo accorti dalla documentazione che ci è stata spedita da ferrovieri, postali, addirittura da uno psicologo che è stato ricoverato dal suo stesso reparto e dal suo stesso primario. Addirittura di un ragazzo che un sindacato della casa a Milano, ha scritto una lettera al CPS per dire che la famiglia non aveva la casa, i genitori erano pensionati e lui era disoccupato e non faceva niente dalla mattina alla sera, gli hanno fatto fare un TSO e poi gli hanno fatto avere la pensione di invalidità con la casa. Queste sono delle cose veramente allucinanti. Come dire: non c'è più speranza.

È un sistema incarnato nella società ormai, alla gente sta anche bene così comè.

È un sistema che comunque viene caratterizzato a livello politico. Purtroppo e, dico purtroppo perché io mi ci considero di sinistra, è veicolato molto dalla sinistra. Tutti gli psichiatri sono tutti democratici. Tutti sono stati con Basaglia. Sono quelli che fanno più TSO.

Degli psicofarmaci c'è poi tutto il problema dei cosiddetti "effetti paradossali". Cioè vengono dati per curare un sintomo e gliene fanno venire un altro peggio o peggiorano quello che hanno.

Questa è una cosa che può succedere ad alcuni e non succede ad altri. La cosa è soggettiva.

Che sia soggettiva è un altro problema. Gli uomini non sono delle cavie, bisognerebbe sapere con precisione l'effetto del farmaco. L'aspirina per tutti è un analgesico e un antipiretico.

All'inizio per la sperimentazione sono stati usate le persone nei manicomi. Facevano la sperimentazione dal vivo. I farmaci cosiddetti da banco che sono quelli di medicina generale e per le patologie organiche hanno una sperimentazione diversa. Sull'effetto paradossale posso dire che ci sono persone che hanno smesso di prendere un farmaco, ma la lunga scia lasciata da questo è stata quella di avere dei sintomi collegati a quella patologia che gli era stata definita. Oppure ci sono state persone che hanno preso per molto tempo dei farmaci che hanno causato per esempio allucinazioni visive o auditive: le stesse cose per cui il farmaco è stato preso e che dovrebbe annullare. Oltre a questo sappiamo di molti farmaci che sono stati vietati per la pericolosità. Uno di questi è la Clozapina, si chiamava prima Leponex, oggi è un generico e si chiama Clozapina Chiesi. Per questo farmaco parecchie persone sono morte per una patologia che ha creato: l'agranulocitosi, cioè uno scompenso, un azzeramento delle piastrine che avviene se le persone non vengono monitorate mensilmente. Nei paesi dove ci sono stati casi mortali, cioè Stati Uniti, Spagna, Finlandia e

Ungheria, questo farmaco è stato tolto dal commercio. In Italia non è stato tolto dal commercio, ma la psichiatria ha inventato questa formula: chi prende questi farmaci deve essere monitorato ogni mese con degli esami specifici per controllare se si ha un abbassamento di piastrine. Ci sono dei servizi che lo fanno altri che non lo fanno per niente, con tutte le conseguenze che questo comporta. Ci sono poi altri tipi di neurolettici che possono dare adito a delle patologie anche mortali, una di queste è la sindrome neurolettica maligna che anche questa porta alla morte. O si toglie subito il farmaco o la persona muore e i passaggi successivi sul perché questa persona muore non ci sono noti. Sul come, quando e quali siano tali oltraggi a livello organico attraverso questi farmaci è difficilissimo da stabilire, anche tramite un'autopsia. È difficilissimo perché bisogna vedere chi è che lo stabilisce, bisogna attivare un esposto e fare in modo che un giudice richieda determinati esami. Il tutto è molto difficile. Questi farmaci non sono curativi sono solo sedanti. Non c'è una comprova scientifica di niente.

Poi viene detto, come precisate sul libro *Effetti collaterali*, che è il paziente ad essere “farmaco resistente” se non risponde positivamente al trattamento.

Sì, viene chiamato paziente non responder. Da questo apriamo un altro problema, nel senso che il paziente “farmaco resistente” non c'è, perché lo psichiatra lo bombarda in una tale maniera che non resiste nessuno. Quando il paziente non responder, cioè non risponde alla terapia, allora viene attivata la terapia elettroconvulsivante, cioè l'elettroshock. E questo è un altro capitolo molto forte sul quale noi abbiamo fatto delle battaglie che continueremo a fare.

In Italia, poi, non c'è una legge che vieta l'elettroshock.

No, ma non c'è neanche una legge che vieta la lobotomia. Tutti pensano che ci sia, invece non c'è. Siamo sempre sull'onda dell'ordine monetario, economico. La storia ci narra che fino agli anni settanta, la TEC (terapia elettroconvulsivante) è stata usata in tutte le maniere, anche la lobotomia veniva largamente utilizzata, addirittura, il suo inventore, Egas Moniz, ha avuto un premio Nobel per la medicina nel 1949! Una cosa allucinante! Ha rovinato migliaia di persone infilando uno scalpello sotto l'orbita oculare e facendo andare in corto circuito il cervello! Alla fine degli anni sessanta viene creato il primo grosso neurolettico la Clorpromazina che verrà usato in tutti i manicomi, oltre agli altri, sedanti e neuro sedanti. Questo farmaco viene adottato e chiamato “camicia di forza chimica” e sostituirà l'elettroshock, perché verrà considerato inusuale. L'elettroshock, cioè la TEC (terapia elettroconvulsivante), viene praticamente ridotta ad una questione ambulatoriale, che significa pochi soldi, quindi, comincia ad entrare in disuso. Arriviamo ai giorni nostri dove il Ministro della Sanità del governo del centro sinistra Rosy Bindi, nel 1996, decide che l'elettroshock fa bene e su questa cosa parte una motivazione dettata da illustri psichiatri, facenti parte dei poli universitari, per esempio Giovan Battista Cassano dell'università di Pisa e cominciano a dire che l'elettroshock contro la depressione fa miracoli, dimenticandosi tutto quello che è stato il mondo del manicomio, del mondo delle torture fatte dall'uso dell'elettroshock. C'è un Comitato di Bioetica che si oppone, viene allora deciso che nelle strutture sanitarie pubbliche l'elettroshock non deve essere fatto, ma non per legge, ma perché viene considerato come un ticket di poca valenza monetaria, quindi, c'è poco da guadagnare. Poi ci sono alcuni psichiatri pubblici che lo considerano una cosa disdicevole. Cosa succede nel privato e quel privato che è legato all'ambito universitario? Che il Ministro Bindi autorizza la terapia elettroconvulsivante, ma deve essere fatta in anestesia, quindi, ci vuole un anestesista, ci vuole un medico rianimatore e ci vuole del

personale infermieristico specializzato. Questi operatori formano un'equipe chirurgica, quindi, non costa più settantamila lire, ma mezzo milione di vecchie lire. Le strutture private convenzionate, che subito si convenzionano, sono la Clinica di San Rossore di Pisa dove lavora Cassano, Villa Zucchi e l'Ospedale San Raffaele di Milano che ha un reparto particolare di psichiatria, eccetera. In ogni regione ci sono degli accreditamenti seguendo questa formula. Come funziona? Si dice che è convenzionato, si dice di portare il paziente che dà il consenso informato, poi bisogna vedere che significa: vengono fatte delle firme false. Ci sono sicuramente delle persone che si vogliono sottoporre all'elettroshock, non tutti hanno subito elettroshock forzati. Però anche su questo bisogna stare attenti: l'elettroshock passa la barriera encefalica, è una scossa elettrica al cervello, c'è poco da raccontare balle! Le scosse elettriche al cervello non fanno bene, essendo un organo molto, ma molto delicato.

Anche le scosse elettriche calibrate... Perché Cassano fa una differenza.

Beh, mi dispiace, ma io non sono lì, non so se queste scosse sono calibrate! Loro dicono delle cose e a noi ce ne hanno raccontate delle altre. Comunque volevo continuare a raccontare la piccola truffetta, che è potente! Le persone arrivano, dicevamo, nelle cliniche convenzionate, vengono ricoverate per una settimana, i primi quattro giorni gli vengono fatti tutta una serie di esami convenzionati, al quinto giorno la convenzione non c'è più. E gli dicono: «bene, ora dovremmo fare la TEC, ma non è convenzionata, è scaduta la convenzione, quindi, se vuole aspettare noi la richiamiamo, oppure possiamo fare subito la terapia, ma deve essere solvibile». Solvibile vuol dire che deve pagare. Avviene l'intervento e la persona sta due giorni ricoverata. Questi due giorni vengono pagati come solvibile. Al tempo si pagava sui due milioni delle vecchie lire, più la clinica si prende tutta la tua convenzione. In definitiva un elettroshock inizia a diventare molto remunerativo. Alcuni ci hanno raccontato che avevano fatto gli esami a San Rossore, ma per fare l'elettroshock li avevano portati dentro all'ospedale di Pisa che è il Santa Chiara, utilizzando, comunque, una struttura pubblica e questo perché all'interno del Santa Chiara c'è il polo universitario del dipartimento di psichiatria. Probabilmente avranno fatto assistere agli studenti. Questo ce lo ha raccontato una persona al Telefono Viola che ha subito questa cosa. Come quando alcuni infermieri dell'ospedale San Raffaele di Milano sono venuti alle nostre riunioni e ci informavano che il consenso informato non veniva neanche richiesto, che c'era un infermiere che faceva le firme dei pazienti: «Io ... autorizzo a fare una TEC...». Se la denuncia continuava noi avremmo attivato un esposto alla magistratura con la prova grafologica, ma purtroppo non si è continuato.

Avranno avuto timore per loro stessi.

Noi comunque attiviamo sempre una forma di privacy, cioè stiamo bene attenti.

Oltre queste cose che abbiamo detto, vorrei parlare anche di altro. Per esempio io ultimamente mi interessa molto a come la psichiatria si interessa ai beni dei pazienti. Ci sono delle banche che tengono i soldi delle persone. La psichiatria si muove per interesse economico, ci sono dei ricatti, né più né meno di come si muove la mafia. Non abbiamo fatto delle azioni eclatanti perché siamo arrivati ad un punto in cui hanno mollato, perché hanno capito che noi andavamo al punto. La psichiatria si è spaventata. L'obiettivo principale era liberare la persona. Ultimamente noi abbiamo fatto un'azione per liberare una persona, facendo un lavoro che doveva essere fatto dai servizi sociali. Noi gli abbiamo trovato la casa, gliela abbiamo arredata. Non dovrebbe essere un compito del Telefono Viola. L'unica cosa che avevano attivato era: prendergli la pensione, darla in

convenzione ad una comunità d'alta protezione a duecento chilometri da dove lui ha sempre vissuto ed internarlo la dentro. Questo era quello che gli proponeva il servizio sociale ad una persona di settant'anni con trent'anni di manicomio alle spalle. Una persona che mi piacerebbe che tu conoscessi. Era un operaio metalmeccanico che fu licenziato dalla sua fabbrica perché vendeva, negli anni sessanta, l'*Unità* dentro la fabbrica. Entrò in crisi e la prima cosa che hanno fatto è stata quella di buttarlo in manicomio. Gli hanno fatto cinquantasei elettroshock ed ogni volta che glielo facevano lui si segnava sulla mano che giorno era. È una persona di capacità di discorso molto scorrevole ed ha attivato delle formule per non dimenticare, per tenere viva la sua memoria, nonostante tutti gli elettroshock che gli hanno fatto. Ecco noi li abbiamo avvertiti che se si attivavano in un certo modo noi agivamo di conseguenza: non lo stanno più toccando. La cosa vergognosa è che se anche tu ti attivi ed è giusto che ci attiviamo, manca il pezzo successivo: come fa questa persona, che ha fatto questo percorso a tornare indietro, se gli altri pezzi che fanno parte della sua vita civile non collaborano, non lavorano o se lo fanno lo fanno a senso unico? Quello che loro chiamano riabilitazione psicosociale avviene sempre dentro ambiti dove loro sono tutti convenzionati. Il farmaco esiste sempre. Se una persona riesce a tornare indietro non sarà mai come prima. La psichiatria fa in modo di creare un pregiudizio rispetto a quella persona, quindi, la persona giudicata malata di mente, difficilmente riesce a trovare un suo riutilizzo. Non è facile. Veramente l'abuso non è solo nell'ambito dell'obbligo di prendere il farmaco, dell'obbligo del TSO, ma l'abuso è generalizzato su tutta una situazione in cui la persona improvvisamente cambia, deve cambiare, perché gli impongono un cambiamento. Fosse un cambiamento positivo! Invece è un cambiamento peggiorativo, dove quella persona rimane prigioniera, comunque, di alcune istituzioni, in particolare della psichiatria.

Chi siete al Telefono Viola di Milano oltre te e Giorgio P.?

Giorgio del Telefono Viola ha una sua piccola corte assistenziale... Io sono un po' spartano e dico alle persone che se devono venire ad aiutarci al Telefono Viola devono anche rispondere al telefono, figurati se lo fanno... invece Giorgio nel suo studio, che era uno studio di architettura, ormai è diventato un centro sociale!

E gli altri Telefoni Viola?

I Telefoni Viola che funzionano? Perché il Telefono Viola per esserci deve funzionare. A Piacenza non c'è più. Attualmente quelli che rispondono a degli orari prestabiliti sono a Milano e a Firenze. A Palermo con Giuseppe Bucalo, sappiamo che gli hanno tagliato il telefono. Ora non sappiamo bene cosa stanno facendo. Esistono poi tutta una serie di collettivi, comitati di base antipsichiatrici, persone singole, come in Piemonte dove c'è un avvocato che da solo si è sempre attivato, va nei reparti ospedalieri, insomma si considera un nostro compagno. Con Alessio Coppola a Roma ci sentiamo sempre per varie situazioni. Poi bisogna stare attenti alle situazioni delle persone. Io non dico che siamo psicologi, ma che abbiamo imparato un po' di psicologia, sì. Molti giornalisti ci hanno chiesto: «Ma voi quanti siete?», su questa cosa abbiamo definito che quando eravamo un collettivo molto grosso, con circa cinquanta persone, lo dico francamente, c'era molta confusione. No si capiva granché e si lavorava male. Oggi siamo pochi, però riusciamo ad essere più chiari. Il fatto di essere pochi o tanti, non significa assolutamente niente. Certe volte, dopo dieci anni di Telefono Viola, anche tu non ce la fai più ad ascoltare. A volte, purtroppo, si cade anche in qualche forma di tecnicismo che ti porta ad essere anche un po' freddo, a dire: «Se è così... andrà così... finirà così». E magari non è quello che la persona vuol sentire, però a volte è anche necessario. Alcune volte

dire ad una persona che non fa niente: «vai a zappare la terra, magari ti piace» è necessario, altrimenti con facilità interviene la famiglia che chiama in causa la psichiatria. E la psichiatria interviene sempre perché si sente responsabile verso la società.

È da dieci anni che fai il Telefono Viola.

Sì, dal 1996, circa dieci anni. Nel 1995 è nato il primo gruppo di antipsichiatria di Milano, iniziammo a fare delle manifestazioni sotto gli OPG (ospedali psichiatrici giudiziari) e a Reggio Emilia ho conosciuto Alessio Coppola. Io lavoravo già nell'ambito dell'Ambulatorio Medico Popolare, una struttura autogestita che da assistenza medica gratuita, ma anche di ascolto, di comprensione e l'idea ci è venuta proprio ascoltando dei ragazzi che venivano qui e che erano in carico al CPS, a Roma si chiama CIM e che si lamentarono per alcuni trattamenti. Noi già conoscevamo l'esperienza del Telefono Viola di Bologna che è nato nel 1993 e del Telefono Viola di Genova e decidemmo di entrare nel merito. Nel 1995 abbiamo parlato, discusso. C'è stata molta discussione, prima, per costruire il centralino del Telefono Viola. Da questa cosa poi abbiamo fatto dei corsi con un medico tossicologo ed abbiamo imparato a conoscere ansiolitici, neurolettici, antidepressivi, antipsicotici. Sempre con questo medico abbiamo deciso di scrivere il libro *Effetti collaterali*, che sta sul nostro sito www.ecn.org/telviola e che è interamente scaricabile. Ci attivammo ad un caso particolare di una madre la cui figlia era stata ricoverata nel reparto di psichiatria infantile nell'ospedale San Gerardo di Monza e che a seguito di cocktail di farmaci, questa ragazzina si è buttata giù. Nel contesto generale di famiglia i servizi sociali cercarono di portargli via gli altri due figli. Noi su questo ci attivammo fu una delle prime azioni del Telefono Viola. Dopodiché il 12 gennaio 1996 è stato aperto ufficialmente il centralino del Telefono Viola di Milano.

Perché invece a Genova e a Bologna non c'è più il Telefono Viola? So che la storia è lunga...

Uno potrebbe dire una parola molto semplice: stanchezza. Cioè qui oltre che ascoltare, in certi casi bisogna anche lavorare. E devi lavorare su un campo abbastanza difficile dove non trovi alleati e non trovi delle corrispondenze. Diciamo che tra come siamo partiti noi e come è partito Genova c'era una differenza. Oggi Genova ha chiuso perché non ha più al suo interno utenti, cioè persone che erano state liberate da servizi della psichiatria e che facevano parte del Telefono Viola. Ora queste persone non ci sono più e quindi l'ambito del Telefono Viola di Genova, attualmente, è un po' ristretto. Ora loro si occupano solo di questioni carcerarie. Fanno parte di un fronte anarchico, invece noi del Telefono Viola non facciamo parte di nessun fronte. Non possiamo. Noi facciamo parte solo del fronte delle persone che vengono abusate. Molti ci telefonano e ci dicono: «Io la penso diversamente da voi, perché sono di destra», ma noi di fronte all'abuso, vediamo l'abuso e basta, non vediamo né la destra, né la sinistra e qualora ci fossero di mezzo gli anarchici, vedremmo l'abuso degli anarchici. Bologna non ha propriamente chiuso, ha chiuso l'associazione base che era costituita legalmente e rimangono dei numeri di riferimento con dei numeri di telefono e delle mail. Il Telefono Viola di Bologna a tutt'oggi esiste ancora e non è necessario che ci siano venti persone. Possiamo contare che in tutta Italia il collettivo più forte sia quello di Firenze, però è nato nel 2003.

Ma quando vi costituite avete uno statuto?

No, non abbiamo uno statuto, ce lo aveva il Telefono Viola di Roma, perché il Telefono Viola era il CEU ed Alessio aveva fatto anche uno statuto per il Telefono

Viola che era un'associazione. Alessio voleva costituire un'associazione nazionale per difendere il "marchio" Telefono Viola, perché a Potenza si era creata un'associazione Telefono Viola fatta addirittura dagli psichiatri. Su questa cosa si dovette intervenire in una formula legale dove il Telefono Viola di Roma intervenne.

Fare il Telefono Viola non è così facile, anche perché è una lotta impari, cioè: non si vince mai. Basterebbe che fosse abolito il TSO, perché tutta la forza della psichiatria segregativi venisse spostata su un altro fronte e allora si dovrebbe creare delle formule dove la psichiatria dovrebbe essere almeno gentile. Ma questo non avviene perché il TSO è un baluardo dello stato repressivo. Potremmo finire con: un altro mondo è possibile? Forse. Per noi del Telefono Viola può funzionare solo così con l'abolizione del TSO. Noi sappiamo che queste cose sono un po' utopistiche. Su questa ultima proposta di legge la Burani Procaccini, che imponeva la costituzione di comunità private che potessero gestire i TSO degli ospedali pubblici in eccedenza, la psichiatria pubblica è andata in escandescenza e ha detto di volersi tenere il TSO e la legge 180. Questo governo di centro destra prende tutte le cose che sono state implementate in un periodo di governo di centro sinistra e le capovolge. Cosa c'era prima della 180? Il ricovero coatto che era una forma estrema in cui qualsiasi persona strana e pericolosa veniva presa e portata in manicomio. Qual è la differenza tra il ricovero coatto e il TSO? È che nella legge 180 del TSO vengono immesse delle figure istituzionali che gestiscono questo TSO e che dovrebbero fare in modo che non ci sia solo la psichiatria che decide, ma delle figure istituzionali quale il sindaco e il giudice tutelare che convalida, perché portandoti via con la forza ed obbligandoti si va contro la Costituzione che dice che ogni persona è libera. Purtroppo queste due figure istituzionali non funzionano nel senso che i sindaci e, a volte, noi ne abbiamo denunciato qualcuno, appena vengono eletti hanno già i fogli con la firma e tutto parte in automatico. Il giudice tutelare, una volta era il pretore, si deve occupare di molte cose... D'altra parte noi perché liberiamo delle persone? Perché le leggi vengono aggirate e noi chiediamo la revoca del TSO e mandiamo telegrammi al sindaco, al giudice tutelare, alla direzione sanitaria, a tutti gli psichiatri che hanno firmato questo TSO, a tutto il servizio psichiatrico di diagnosi e di cura al CPS dove quella persona è in carico ed in ultimo alla persona stessa che è in TSO. E questa è una grande cosa perché in questo pensiamo che quelle persone si aspettano da noi che noi li difendiamo. Uno psichiatra ci ha detto che non gliene fregava niente della legge e che lui faceva quello che voleva, bene e noi gli abbiamo detto che lo avremmo denunciato. Può darsi che una denuncia alla magistratura non gliene fregghi niente, allora facciamo una bella conferenza stampa, non nella nostra sede o nei centri sociali, ma nella sala stampa dei tribunali, che primo non costano niente e, secondo, non ci troviamo i giornalisti specializzati in sanità, ma quelli della cronaca, perché l'abuso è un reato! Ed è un reato penale. Chi abusa sulle persone fa reati penali. Gli psichiatri fanno reati penali contro le persone. Quando lo abbiamo fatto bastava anche un trafiletto sul *Corriere della Sera* e vedevi gli psichiatri che si spaventavano molto dei commenti della stampa. Si spaventano moltissimo, hanno la coda di paglia!

**Intervista al Collettivo Violetta Van Gogh – Telefono Viola di Firenze
Firenze 15 marzo 2005**

Come e quando è nata questa vostra esperienza di Collettivo Antipsichiatrico e di Telefono Viola?

Diego: L'esperienza del Collettivo antipsichiatrico è nata più o meno a fine 2000. Siamo tutte persone interessate all'argomento, chi per esperienza diretta, chi per interesse personale. Abbiamo pensato che fosse giusto impegnarsi in questo campo, perché riteniamo la psichiatria una potente forma di controllo sociale e repressione. All'inizio abbiamo cercato di fare contro-informazione su che cosa è veramente la psichiatria e su i suoi metodi e abbiamo cercato di smascherare l'impostura psichiatrica. Di fronte alla pretesa scientificità della psichiatria noi denunciavamo l'arbitrarietà e la barbarie di strumenti come il trattamento sanitario obbligatorio, l'elettroshock e le puerili forme di rieducazione nei centri di recupero, offensive della dignità della persona. Il TSO è un sequestro di persona legalizzato, che impone a chi lo subisce un bombardamento di farmaci deleteri per il fisico e per la psiche, in non pochi casi somministrati a persone legate al letto di contenzione. Per non parlare del marchio infame e degradante che viene incollato addosso per sempre a chi subisce trattamenti psichiatrici. La nostra è anche una denuncia contro le responsabilità politiche che mantengono questo stato di cose per assecondare gli interessi delle multinazionali della terapia (industrie farmaceutiche, manualistica, università, scuole terapeutiche di vario tipo). L'industria dei rimedi contro la cosiddetta malattia mentale è tra le più fiorenti in Italia e nel mondo. Ogni anno vengono messe in commercio gocce per dormire, pasticche per non piangere, pillole per sentirsi su. Solo per il Tavor i medici italiani firmano ogni anno 17 milioni di ricette. L'elettroshock torna in auge e nelle nostre città non passa giorno senza che il sindaco non autorizzi un TSO. Nel 2003 abbiamo pensato di fare un Telefono Viola contro gli abusi psichiatrici. La scelta di fare un telefono c'è stata perché volevamo fare qualcosa di pratico contro la psichiatria. Ci abbiamo pensato molto e il Telefono Viola per noi è uno strumento di lotta da contrapporre allo strapotere psichiatrico. Non vogliamo essere un gruppo di auto aiuto e non vogliamo fare assistenzialismo. Il Telefono Viola si rivolge a tutti coloro che subiscono o rischiano di subire le "cure" psichiatriche e si propone come linea di ascolto e per fornire informazioni alle persone che hanno a che fare con l'inferno psichiatrico. Diamo informazioni sui diritti delle persone, raccogliamo denunce di abusi come l'elettroshock, il TSO, le massicce somministrazioni di psicofarmaci e forniamo assistenza legale in caso di interdizioni e di inabilitazioni. Perché si è detto di fare il Telefono Viola? A Messina con Giuseppe Bucalo cosa è successo? Prima facevano anche loro un Telefono Viola adesso, invece, non lo fanno più, ma gestiscono delle case per proporre un'alternativa per chi si trova in difficoltà. È una cosa molto interessante, però questa cosa non faceva per noi. Non corrispondeva ai nostri bisogni e alle nostre esigenze. Abbiamo preso contatti con il Telefono Viola fatto dal Collettivo di Milano, ormai storico, prima c'era Genova, ora un po' meno, che lo facevano da tanti anni. C'è stato un avvicinamento per capire come lo facevano e ci sembrava una cosa che poteva essere realizzata. Naturalmente lo facciamo con i nostri mezzi e le nostre difficoltà.

Emanuela: Tante volte non sai che dirgli ad una persona che telefona.

Gloria: Mezz'ora, trentacinque minuti al telefono.

Diego: Chiama qualcuno dal reparto psichiatrico, rincoglionito dagli psicofarmaci, non è facile rispondergli, allora abbiamo detto di fare una cosa

seria. Abbiamo studiato le leggi, i farmaci, per dare delle risposte precise e non dire delle cose a caso. La gente si aspetta qualcosa.

Gloria: La preparazione va bene, ma bisogna evitare di farsi coinvolgere eccessivamente nelle situazioni. Spesso le persone che telefonano chiedono tanto aiuto e richiedono parecchio energia. Chiedono anche le cose più impossibili...

Diego: Anche di andare a mangiare una pizza o come si fa una lavatrice o se vogliono fare volontariato che devono fare... Che devi fare? Scegli lo che devi fare. Il rapporto, con la psichiatria in mezzo, non è paritario, si creano degli scompensi, perché la persona ti vede come l'autorità come qualcuno che ha la bacchetta magica e ti risolve i problemi. Noi non diciamo che solo noi possiamo fare il Violetta Van Gogh, lo possono fare tutti, chi viene e collabora ci fa piacere, gli si dà una mano, ma quando c'è questo rapporto che non è alla pari, perché la persona sta male e non perché noi siamo più intelligenti, la persona ha bisogno di risolvere una situazione, un problema personale. La psichiatria ti prende quando sei isolato. Ci sono persone che non hanno nessuno, quindi vengono da te perché sei un punto di riferimento e sanno che li ascolti.

Gloria: C'è il rischio di sostituirsi.

Diego: Noi non vogliamo sostituirci allo psichiatra o alla famiglia. Se qualcuno sbaglia, gli si dice, non lo giustifichiamo. Ed è difficile. Se noi possiamo fare qualcosa ci siamo e ci proviamo, ma a volte diciamo ci dispiace non si può far nulla. Sarebbe sbagliato dire che noi siamo la soluzione al male.

Vi autogestite?

Diego: Noi siamo autofinanziati e autogestiti. Non siamo professionisti. Nessuno di noi fa questo per lavoro.

Gloria: Stefania fa la psicologa, ma non ha un ruolo.

Diego: Stefania al Violetta Van Gogh è Stefania e non la psicologa.

Chi sono le persone che vi chiamano e da dove vi chiamano?

Emanuela: Non ci chiamano solo da Firenze, innanzitutto. Perché le sedi del Telefono Viola in Italia non sono così tante. Sono poche, poi, le persone, le forze, che in realtà ci sono dietro. Non è una cosa semplice fare il Telefono Viola, non appoggiandoci a nessuno, come tutte le realtà di base, autofinanziandoci e, quindi, facendo per conto nostro. È più difficile che la gente si fidi di te, almeno questa è la mia impressione, proprio perché non sei un tecnico, uno specialista nel settore. Nessuno di noi è medico.

Quando telefonano vi chiedono referenze o di parlare con medici specialisti?

Emanuela: Non sempre, però a volte è capitato. La maggior parte delle persone che chiama non chiama per avere informazioni, anche perché c'è il sito internet. È capitato anche di telefonate che chiedono perché siamo antipsichiatri.

Gloria: Comunque la maggior parte della gente che telefona odia gli psichiatri e tutto il sistema psichiatrico, perché si rende conto della rovina a cui li hanno portati. Soprattutto quelli che sono consumatori cronici di psicofarmaci. Infatti una cosa ricorrente che ci viene chiesta è come fare lo scalaggio dei farmaci e liberarsi dalla dipendenza dal farmaco. Ma su questo non ci sentiamo di dare un consiglio. Su questo è necessaria una consulenza medica, per la dipendenza, ma soprattutto per gli effetti collaterali che i farmaci provocano per effetto della diminuzione repentina o non ben controllata.

Telefonano persone solo per essere ascoltate, come un telefono amico?

Diego: Nell'anno di discussione precedente all'apertura del telefono abbiamo cercato di trovare un nostro metodo. Con la discussione collettiva è venuto fuori

che noi non volevamo dare un aiuto, un'assistenza (tipo Caritas). Il Telefono Viola per noi è una forma di lotta e uno strumento da contrapporre alla psichiatria. Noi ascoltiamo le persone sì, ma cerchiamo di dare un consiglio pratico, non vogliamo fare "assistenza umanitaria". Diamo informazioni, parliamo di diritti e diamo aiuto legale.

Emanuela: Quello che si cerca di fare è rendere autonoma la persona. La psichiatria perché ti aggancia? Perché tu non sei più autonomo, cioè non decidi più niente della tua vita. Non è non fare ascolto, ma è non fare assistenza e dare, invece, degli strumenti per emanciparsi, uscire dalla psichiatria e autodifendersi.

Diego: Abbiamo delle schede dove ci sono varie informazioni che con la telefonata riempiamo. Queste poi le utilizziamo per fare delle statistiche su chi ci chiama. Perché quello che viene fuori dal Telefono Viola sono piccole cose, non abbiamo grandi numeri. Ma sono cose che succedono che la psichiatria fiorentina e italiana fa. Sono abusi che vengono fuori.

Andrea: In qualche modo riflettono la realtà delle cose.

Gloria: Secondo me sono poche le telefonate di abusi perché non è che ci sia tutta questa grande possibilità di denunciarli. Nell'enorme numero di persone che subiscono abusi solo poche riescono ad avere la forza e il coraggio di farlo o ad accedere ad informazioni e trovare che esiste qualcuno che è contro la psichiatria e i suoi abusi.

Non è facile nemmeno avere la coscienza che si sta subendo un abuso.

Emanuela: Anche solo chiamare da un reparto è difficile. Non tutti possono farlo.

Diego: Questo è un altro abuso, perché la legge dice che chiunque può comunicare dal reparto all'esterno. Lo dice la Costituzione Italiana. Molto spesso ci dicono: "non mi fanno telefonare".

Irene: È previsto in qualsiasi regime sanitario tu stia...

Emanuela: ...di vedere persone o consultare la cartella clinica.

Le persone che telefonano come vengono a sapere del Telefono Viola?

Emanuela: La maggior parte tramite internet oppure attraverso dei volantini adesivi, che facemmo, con scritte tutte le informazioni sul Telefono Viola.

Li avevate attaccati negli ospedali?

Gloria: Sarebbero durati un po' poco!

Diego: Abbiamo messo dei manifesti in alcuni ospedali, infatti qualche chiamata dai reparti c'è stata quest'anno.

Siete temuti dagli psichiatri per quello che fate, soprattutto, quando c'è un abuso?

Diego: L'obiettivo sarebbe questo.

Irene: Da quello che si è sentito conoscere ci conoscono. Però la psichiatria ha una rete talmente forte che è abbastanza difficile che temano. È capitato quando l'hanno fatta troppo grossa, per cui si denunciano degli abusi che sono comprensibili agli altri. La maggior parte delle persone, comunque, pensa che la psichiatria è una scienza utile.

Per voi la psichiatria è una scienza?

Emanuela: No, è uno strumento di controllo e di repressione.

Irene: Noi pensiamo che la malattia mentale non esiste. Pensiamo che esiste il dolore, i momenti di disperazione, la sofferenza non la neghiamo. A volte ci accusano che noi neghiamo la sofferenza.

Chi vi accusa di questo?

Irene: Gli psichiatri, soprattutto, e poi le persone in genere. La psichiatria viene considerata come una cosa utile, perché, comunque, seda delle sofferenze con gli psicofarmaci. Temporaneamente.

Anche a me è capitato di trovare persone che rimangono stupite quando si dice che ci sono degli abusi psichiatrici. È come parlare di un tabù.

Gloria: Tutti pensano che l'elettroshock non lo faccia più nessuno. A Pisa, invece, è molto in voga!

A Pisa c'è il Dottor Cassano che parla di terapia elettroconvulsivante e non elettroshock e con essa afferma di curare la depressione. Sono molto noti i suoi libri e lui stesso è molto conosciuto.

Andrea: C'è un problema reale di efficacia del Telefono Viola. Efficacia nel fornire informazioni o consigli pratici alle persone psichiatrizzate per uscire dalla loro condizione e per aumentare la loro possibilità di fare delle scelte oppure per ridurre i danni. Ci sono problemi di efficacia, perché, senza dubbio, ci si scontra non solo genericamente contro la psichiatria, ma contro una serie di cose che attraverso la psichiatria si costruiscono. A partire dall'informazione base a cui tutti, più o meno, siamo sottoposti. Messaggi che passano attraverso la televisione, i giornali. In cui si fa una rappresentazione distante dal reale di quello che è la follia e di quello che è la normalità. Dal fatto che gli psicofarmaci sono, per una grossa percentuale, prescritti dal medico di base, al fatto che ci sono lobby farmaceutiche che hanno un peso tale a livello economico e politico che fa sì che un mercato degli psicofarmaci sia in mano alla psichiatria. Questa è una cosa che sentiamo come limite. Sono pochi i casi in cui il nostro intervento, diretto o indiretto, riesce ad avere successo. Però oltre a continuare, proviamo a costruire nel piccolo delle reti con Collettivi, gruppi, realtà che in un ottica alternativa provano anche solo a vedere qual è l'altra faccia della medaglia.

L'antipsichiatria e l'approccio non-psichiatrico.

Andrea: Su questo abbiamo un approccio, mi viene da dire: molto laico. Non abbiamo una posizione politica o teorica condivisa da tutti su ad esempio quello che può essere una concezione alternativa di follia. A livello di esperienza umana e follia abbiamo molte cose su cui siamo d'accordo. Pensiamo che non sia né nostro compito, né nostro obiettivo, quello di dire a una persona che sta male e vuole liberarsi dalla psichiatria quale sia la via giusta per lui. Io a livello politico interpreto quello che si fa come Collettivo e Telefono Viola, come un cercare di dare strumenti affinché le persone diventino più possibile autonome dalla psichiatria e non solo. Questo implica prendere in mano la propria vita in diversi aspetti.

Diego: Comunque non pensiamo che l'antipsichiatria sia una forma alternativa della psichiatria. Per noi è un andare contro la psichiatria.

Gloria: Contro la psichiatria con un approccio non psichiatrico.

Quindi le due cose vanno insieme.

Gloria: Sicuramente. È non avere nessun tipo di pregiudizio che è poi quello psichiatrico. Basta la distinzione tra normalità e follia, bene e male. Tu ti rapporti ad una persona non perché è malato, ma perché è una persona. Umanamente.

Diego: Cerchiamo di non avere delle categorie, non facciamo diagnosi come fa la psichiatria. Non vogliamo essere una psichiatria alternativa. Rifiutiamo il concetto di categorie, di diagnosi, di normalità, di malattia, di cura, di terapia. Non è che a chi telefona diciamo: "la nostra terapia è questa o quella...". Il concetto di cura e terapia non lo abbiamo.

Emanuela: La terapia sono le persone stesse. Il tessuto sociale che sicuramente manca o è dilaniato. Qualcosa ha se una persona viene presa dalla psichiatria. Nella psichiatria è sempre l'individuo ad essere malato. Tutto parte da lui, mai si guarda al contesto, alle relazioni o non relazioni. Quindi noi non proponiamo alternative, ma pensiamo che le persone stesse siano l'alternativa.

Gloria: Infatti anche con quelli che vogliono solo parlare, chiacchierare, noi cerchiamo di spostare il punto di vista del problema. Spesso le persone tendono a colpevolizzarsi o a sentirsi malate. Noi cerchiamo di guardare il problema in un contesto ambientale e soprattutto familiare, per individuare veramente le cause del malessere o del disagio.

Il Telefono Viola è stata un'esperienza riferita ai problemi veri delle persone, ma all'interno del Collettivo Antipsichiatrico Violetta Van Gogh, noi cerchiamo di portare avanti opportunità antipsichiatriche o non-psichiatriche, che dir si voglia, in discorso più ampio contro la psichiatria come sistema di repressione non riferito solo alle persone che sono in reparto o che sono sottoposte a cure psichiatriche. La psichiatria è un problema che può riguardare chiunque. È come una spada di Damocle. Come il caso di una donna marocchina di cittadinanza italiana che è stata sottoposta ad un TSO svergognato, con tutti i crismi al contrario rispetto a quelli che uno dovrebbe seguire secondo la legge. Tutto viene usato in maniera strumentale per ordine pubblico.

Qual è la storia di questa donna?

Diego: È molto importante quello che dice Gloria perché i problemi sociali ed economici di una persona, quindi, essere senza casa, essere senza lavoro, non possono essere riportati ad una malattia organica.

Emanuela: O ad una questione di ordine pubblico.

Diego: I problemi sono sociali che dovrebbero essere gestiti dalla società invece, molto spesso, la società delega alla psichiatria la risoluzione di questi problemi. Quindi si dice: "scleri" perché ti manca la casa, il lavoro... allora sei malato, hai la malattia mentale, sei depresso.

La signora è in Italia da dieci anni e ha una figlia di nove anni era sposata con un italiano dal quale sta divorziando.

Aveva subito uno sfratto perché non poteva pagare 1.200 euro di affitto al mese. Si era rivolta all'assistente sociale per richiedere un aiuto economico, ma già dal primo incontro, l'assistente l'aveva indirizzata dallo psichiatra. Lei non ci è andata, ha rifiutato. Allo sfratto esecutivo è successo che con l'ufficiale giudiziario, con la polizia, il padrone di casa e l'assistente sociale, durante lo sfratto hanno chiamato l'ambulanza, perché lei non voleva uscire. La signora aveva presentato un certificato medico in cui diceva che era incinta di sette mesi, che aveva delle perdite e per il suo ginecologo doveva rimanere ferma a riposo, altrimenti rischiava l'aborto. La prima ambulanza arrivata non aveva un medico a bordo. Dopo la seconda ambulanza con medico a bordo le sono state praticate due iniezioni di Farganes e Largactil, che sono due antipsicotici, due neurolettici pesanti. Il Farganes è un antistaminico che viene usato come antipsicotico e moltiplica l'effetto del Largactil. Questa donna è stata sedata, trattenuta, rinchiusa. Si era messa dietro al comodino per difendersi, ma è stata tenuta da cinque uomini, gli sono state fatte le due iniezioni, oltre al fatto che gli sono state dette cose vergognose che ci doveva pensare prima. È stata portata via con una proposta di TSO. Arrivata poi in ospedale si è svegliata e nessuno le ha detto dove era, quanto tempo doveva rimanete lì e sotto che regime era, cioè cosa le era stato somministrato. Questa proposta di TSO non è stata poi portata avanti, quindi non sono stati fatti tutti i procedimenti legali. Per fare un TSO si hanno tre condizioni che sono: lo stato di necessità, non avere altra possibilità di ricovero se non in ospedale e il rifiuto delle cure. Appellandosi allo stato di

necessità hanno ricoverato coattamente, cioè facendo un sequestro di persona vero e proprio, la signora. Una volta in ospedale ha detto che poi accettava le cure e, quindi, poi non hanno continuato. Quello che noi denunciavamo, oltre all'abuso eclatante, a una storia da vergognarsi di essere in Italia e nel mondo, la donna ha rischiato di perdere il bambino, è che molto spesso la prassi è questa. Si portano via le persone appellandosi allo stato di necessità e dopo si fa partire la richiesta al sindaco e al giudice tutelare di un TSO.

Gloria: Anche l'arbitrarietà dello "stato di necessità" non ha né capo, né coda. Ogni psichiatra può dire che era necessario, che era in crisi. Non ci sono dei parametri medici che definiscono. Sono dei parametri sociali. Se non sei adeguato alla situazione sociale in cui ti trovi, parte il TSO, qualora non ti si può rinchiudere in galera. La psichiatria fa molto riferimento a comportamenti anti-sociali non reati.

Diego: Nelle cartelle cliniche, dopo tre ore che la signora era in reparto psichiatrico, si legge che la signora era tranquilla, orientata, lucida e non aveva bisogno di terapia. Allora ci si domanda perché tre ore prima viene presa con la forza, gli vengono praticate due dosi di sostanze che anche il Ministero della Salute, dice che sono dannosissime in gravidanza? Era per fare lo sfratto.

È stata lei a contattarvi telefonandovi?

Diego: No, lei si è rivolta al Movimento di Lotta per la Casa essendo sfrattata. Noi collaboriamo con questo movimento e così l'abbiamo conosciuta. Questa è una piccola lotta che abbiamo portato avanti ultimamente. Per questo caso è stata fatta un'interrogazione parlamentare.

Stefania: Oggi l'ho incontrata e ha richiesto di nuovo l'assistente sociale per le richieste di aiuto che ha fatto. Ha una bambina piccola. Noi fin dall'inizio avevamo detto che non poteva avere relazioni con l'assistente sociale che le ha fatto fare il TSO. È una relazione di base che non c'è più. La sua richiesta di cambiarla, fin dall'inizio del ricovero, non è stata ascoltata. Adesso lei è dimenticata. Abbiamo fatto un po' di telefonate per cercare di aiutarla, ma niente. Non si può cambiare l'assistente sociale, mi è stato risposto. Ora dobbiamo scrivere una lettera al responsabile dei servizi sociali e vedere che succede. Lei ora hanno esclusa. Non sta ricevendo più nessun aiuto. Non ha un posto dove andare.

Gloria: Con questa storia della "territorizzazione" della psichiatria dopo la chiusura dei manicomi, cioè la nascita dei servizi territoriali, il potere psichiatrico passa attraverso tutta una serie di altri funzionari dell'assistenza sociale in genere, che non è più semplicemente quella del manicomio chiusa lì. La psichiatria la praticano un po' tutti e comunque tutti i servizi sociali hanno capacità di indirizzarti.

Per esempio anche nelle scuole?

Diego: Abbiamo avuto delle esperienze.

Emanuela: Si è fatto un lavoro di ricerca per creare un opuscolo di contro informazione, in particolare sul Ritalin. Il Ritalin è uno psicofarmaco che era stato ritirato dal commercio nell'89, perché è un derivato dell'anfetamina (il suo principio attivo è il metilfenidato). Nella tabella degli stupefacenti è insieme a cocaina e altre droghe di questo tipo. È stato riammesso quando è partito il progetto Prisma (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti), progetto di sperimentazione in sei città italiane, guarda caso, le stesse città dove c'erano anche gli istituti di ricerca che vengono finanziate per questo progetto.

Diego: Oltre a questo abbiamo fatto delle iniziative dentro le scuole a Firenze e a Bologna con le famiglie. Abbiamo fatto volantini alle uscite delle scuole. Abbiamo collaborato anche a Pisa, che tra l'altro, è una delle città campione,

dove all'Istituto Stella Maris, di neuropsichiatria infantile, hanno fatto il progetto Prisma. Il progetto Prisma è per individuare i ragazzi affetti da sindrome da ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) disturbo da deficit di attenzione con iperattività ed indirizzati nell'istituto che è lì.

Per riallacciarmi al discorso delle piccole cose che abbiamo fatto, con il Telefono Viola, se ci chiamano quando c'è un abuso su un TSO, oltre ad informare abbiamo fatto delle richieste di revoca o degli esposti. Facciamo una richiesta di revoca del trattamento che indirizziamo al sindaco e al giudice tutelare.

Avete avuto la collaborazione di avvocati?

Emanuela: Gli avvocati sono come gli psichiatri buoni! Di psichiatri buoni ancora non se ne è trovati, si è provato con alcuni, però poi non è andata. Con gli avvocati più o meno è la stessa cosa. Ora lo stiamo di nuovo cercando.

Gloria: Avevamo un'avvocata che ci seguiva. Ma in generale sono molto impegnati...

Diego: Stiamo cercando un avvocato che ci sia quando ne abbiamo bisogno.

Cosa fate nella vita oltre ad occuparvi di antipsichiatria?

Diego: Io faccio il lavandaio.

Gloria: Io lavoro agli Uffici.

Emanuela: Io sono studentessa a Scienze della Formazione e lavoricchio per mantenermi.

Andrea: Io sono un educatore in una cooperativa sociale.

Irene: Io sto facendo un corso, per adesso...

Stefania: Io sono una psicologa.

A proposito di psicologia, secondo voi, rispetto alla psichiatria, che limiti ha?

Andrea: Questo è un tema controverso...

Antonucci afferma che la psicologia è molto pericolosa quando diventa l'ancella della psichiatria, lo riscontrate questo?

Stefania: Devo dire che appena hai fatto la domanda mi sono venuti in mente i servizi pubblici, come la psicologia lavora nei servizi. Ecco, nei servizi ci lavora la psicoterapia. La psicologia è diventata più ricerca che altro. Ricerca di vario genere. Quando si parla di ambito clinico bisogna parlare di psicoterapia. Come sta nei servizi? Ci sta subordinata alla psichiatria. Questo è il grande limite. Ancora non ha la legittimità, l'ascolto, il riconoscimento per poter dar corso ai propri strumenti e metodi, che sono tutt'altro. Direi l'opposto e il contrario di quelli della psichiatria. Non coercitivi assolutamente, altrimenti non ha nessun senso la terapia. Invece che succede? Che nei servizi pubblici c'è uno psicologo e dieci psichiatri. Se questo serve a situazioni di aggancio verso la psichiatria non lo so, comunque lo psicologo non ha nessun potere all'interno dei servizi. Si può provare a chiedere in giro se si è chiesto uno psicologo o una psicoterapia nei servizi pubblici, se non è una cosa importante non te la fanno nemmeno fare. Ti rimandano al privato. Il limite, di nuovo, fuori dai servizi, nel privato, è che è costosissima. Fare una terapia che possa avere un senso è costosissima e non è alla portata di tutti. È alla portata di pochi. Un'ultima cosa che mi viene in mente, poi ce ne sono tanti di limiti, è il fatto che è elitaria nella sua divulgazione. Cioè non è conosciuta. Ancora si fa fatica a vedere la differenza fra psicologo, psicoterapeuta e psichiatra. Sono materie difficili a capire le nozioni di base. Come tutti gli approfondimenti è molto elitaria e questo non aiuta alla libertà del rapporto con un terapeuta che, comunque, può esser visto come l'autorità. Così come, amplificato, succede con la psichiatria.

Andrea: A me viene in mente una sola cosa di diverso, rispetto al discorso di Stefania, lasciando perdere le differenze, le somiglianze, le analogie tra la psichiatria e tutta la famiglia della psicologia, da un punto di vista teorico, analizzando le strutture e i servizi, su come negli ultimi quarant'anni sono cambiati e su come è cambiata l'organizzazione psichiatrica, mi viene da dire che un grosso contributo, dal mio punto di vista, negativo, è stato fornito, sia dalla psicologia che dalla psicanalisi. In un certo senso, la psicologia e la psicoanalisi, hanno svolto un ruolo complementare alla psichiatria. Mentre la psichiatria ha sempre tenuto il suo raggio di azione, il suo intervento, le sue tecniche, dentro il manicomio con un rapporto di potere segregativo assoluto sul malato, la psicologia e la psicanalisi, che chiaramente partono da altri presupposti e mettono in moto altri strumenti, soprattutto quello duale tra paziente e analista, ha avuto una funzione abbastanza determinante nel far sì che ad un certo punto, cioè, negli anni sessanta e settanta, in tutti i paesi occidentali la psichiatria cambiasse. Più che cambiata ha avuto una metamorfosi. Ha continuato a fare quello che faceva prima: segregazione, esclusione e controllo sociale, in modo diverso, cioè, grazie al fatto che la psicologia e la psicoanalisi hanno fornito degli strumenti teorici, metodologici e pratici per far sì che la relazione di potere passasse non più nel manicomio, ma nel consultorio, nella fabbrica, nella scuola. La psicologia ha dato gli strumenti perché il ruolo della psichiatria si estendesse ad altri settori di privazione, attraverso soprattutto il discorso sulla prevenzione.

Sono aumentati casi di depressione.

Diego: C'è da preoccuparsi! Si dice che quasi metà della popolazione è malata di depressione. Se fosse davvero vero, bisognerebbe fare davvero qualcosa...

Se poi ci sono le cure e le terapie, come afferma la psichiatria organicistica (Cassano in particolare), allora perché molta gente sta male?

Diego: Certo.

Gloria: Basta anche dargli un nome ad una cosa. Se tutti quelli che hanno un problema sono depressi, diventiamo tutti depressi!

Non c'è la tendenza a dire che tutto è malattia e in alternativa tutto può essere terapia?

Gloria: La psichiatria funziona al contrario della medicina. Prima fa un farmaco poi dice: a chi lo diamo? Inventa sette o otto sintomi riconducibili ad una ipotetica patologia, sintomi come comportamenti e crea una malattia ad hoc per curarti. Questo è il sistema.

Diego: I rapporti con la psichiatria organicistica sono conflittuali. Ma anche con la psichiatria democratica sono conflittuali. Sul fatto di Cassano, nello specifico, a parte c'è il ruolo dell'autorità medica, (è un dottore, uno scienziato, uno che ha studiato), è fisso in televisione, prima da Costanzo e poi da Vespa, scrive libri, fa conferenze. Purtroppo per la gente l'autorità medica è: quello che dice il dottore. E quello che dice il dottore è giusto. Non ci piove. Sull'elettroshock si tratta di scariche di corrente elettrica fatta passare attraverso due elettrodi alla base del cervello. Noi abbiamo fatto una serie di interviste ad uno psichiatra fiorentino sull'elettroshock. Quando gli abbiamo chiesto: "cosa va ad incidere, su quali meccanismi del cervello? Lui ci ha risposto: "A saperlo!". Quindi queste persone non sanno. Dicono che si guarisce, ma che vuol dire guarire?

Stefania: Non è possibile preventivamente conoscere gli effetti dell'elettroshock.

Diego: Può portare a problemi cardiaci.

Irene: Scordarsi tutto non è guarire. Perdo la memoria e non mi ricordo più perché sono depresso, questo è guarire?

Stefania: Comunque c'è un deperimento delle cellule. Spesso la depressione è l'attribuzione ad una diagnosi su vasta scala. Se si vanno a vedere le diagnosi di depressione si vede che non hanno niente a che vedere con tutte le difficoltà e le problematiche esistenziali delle persone diagnosticate come depresse. Non hanno niente a che fare. Non tornano, perché c'è uno stato di abbandono e tutta una serie di caratteristiche che non sono conciliabili con un esistenziale problema che si incontra nella vita. Nella storia di vita umana di ognuno di noi ci sono momenti di tristezza di difficoltà. Questi momenti vengono diagnosticati come depressione. Effettivamente sono tantissime le persone, anche all'interno di tutte le patologie rilevate, la depressione sta diventato molto forte. Anche sui giornali, ultimamente ci sono stati diversi articoli, sia sulla depressione, sia sull'abuso indiscriminato di farmaci di cui la Toscana detiene il primato.

Emanuela: Stessa cosa per l'ADHD, cioè l'iperattività. Cosa vuol dire: iperattività? Non vuol dire niente. Noi siamo andati a vedere quei bellissimi test che venivano dati ai genitori per i figli. Per vedere se il bambino era malato ci sono domande del tipo: "Non riesce a star fermo sulla sedia?"; "Nota cose che gli altri non notano?". Cose normalissime.

Irene: "Non ha voglia di andare a scuola?".

Forse sono semplicemente annoiati dalla scuola e dai professori! La scuola superiore di oggi non aiuta molto a pensare...

Gloria: Infatti.

Emanuela: Come questa società che non ti mette allegria addosso, appunto. Forse sarà anche per quello.

Irene: Rispetto ai farmaci, come Collettivo, pur pensando che fanno male e che non risolvono il problema alla radice, noi di solito, anche al telefono, non stiamo a fare le paranoie alla gente. L'importante è che sappiano che cosa prendono, quindi, che farmaco è e che effetti collaterali ha. Poi non ci interessa. Nel senso che se uno ce la fa a risolverlo in un altro modo il problema, meglio. Però non è che stiamo lì a dirgli: "Non devi prendere i farmaci". Per risolvere i problemi ci vuole tempo, vivere, bisogna vivere tutti i giorni. Una persona ha bisogno di fare le cose gradualmente e di fare le sue scelte.

Gloria: Infatti l'abuso psichiatrico, secondo me, è tanto perché c'è ignoranza intorno alla psichiatria. Ti somministrano farmaci che tu non sai cosa sono. Ti dicono che sei malato senza sapere di che. Nessuno di noi è contro l'uso di sostanze stupefacenti. Non si sa consapevolmente cosa si va incontro con l'uso degli psicofarmaci. Chi è in cura da dieci, quindici, vent'anni, non è che può da un giorno ad un altro, né cambiare le sue condizioni di vita, né liberarsi da delle sostanze chimiche.

Diego: Sui farmaci abbiamo scoperto che molto spesso vengono dati per gli effetti collaterali e non per quello per cui è stato inventato il farmaco. Insomma non per il principio attivo. Per esempio il Ritalin che è anfetamina, si dà per calmare. Come si dà per calmare? A livello scientifico non c'è niente.

Emanuela: Ad una ragazza gli hanno dato, per farla dimagrire, un farmaco che è un antiepilettico e tra i tanti effetti collaterali ha anche il dimagrimento.

Quindi gli hanno dato il farmaco non per curarla con il principio attivo, ma con gli effetti collaterali?

Diego: Lei non era epilettica. Questo psicofarmaco le è stato dato per farla dimagrire.

Gloria: Gli psicofarmaci funzionano così. Funzionano per delle cose più strane.

Andrea: Per paradosso.

Gloria: Molto spesso è l'effetto tossico che provoca sul cervello che fa sedare il sintomo. Non si guarisce dalla malattia. Lo psicofarmaco agisce sul sintomo.

Quindi è la tossicità del farmaco che crea l'effetto desiderato dagli psichiatri. Questo porta a pensare che gli psichiatri preferiscono che la gente sia meno cosciente e, quindi, abbia un'attività celebrale più lenta.

Diego: Abbiamo letto una volta che davano degli antipsicotici a dei bambini che facevano la pipì a letto dopo i cinque anni. Ci siamo stupiti, preoccupati. Perché?

Gloria: Perché gli dà anche ritenzione idrica.

Diego: Di scientifico non ha niente questa cosa. Lo posso fare anch'io.

Emanuela: Di scientifico ha solo il linguaggio, come la legge, come tutti i poteri. La psichiatria, anche se non è una scienza, ha un linguaggio medico elitario. L'autorità del medico che ti parla in un linguaggio che non capisci. È molto difficile trovare una persona che controbatta il medico o che sa di cosa sta parlando. Anche il medico di base basta per tirare in ballo lo psichiatra.

Diego: Sulla psichiatria organicistica siamo contrari in assoluto, perché non pensiamo che il cervello si possa ammalare per il comportamento strano di una persona. Il cervello si ammala, la mente no. Non crediamo che il comportamento di una persona possa essere riconducibile a dei meccanismi che non funzionano all'interno della mente. In Italia c'è Psichiatria Democratica che è una branca della psichiatria, nata dalle lotte fatte all'interno dei manicomi da psichiatri come Basaglia, dallo stesso Antonucci.

Gloria: Ed è in questo periodo che Antonucci fa la distinzione tra antipsichiatria e approccio non-psichiatrico, perché quelli di Psichiatria Democratica si definiscono antipsichiatri, però hanno un approccio psichiatrico.

Diego: Sì, infatti. Perché diciamo che Psichiatria Democratica non ci convince? Loro dicono che l'elettroshock fa male, non lo utilizzano, ma utilizzano pratiche come il TSO, l'obbligo dei farmaci. Hanno un approccio psichiatrico. Loro dicono che la malattia mentale esiste e danno psicofarmaci.

Gloria: Gestiscono anche le varie case famiglia.

Perché secondo voi quali sono i problemi nelle case famiglia?

Gloria: Io penso che siano, comunque, una riproduzione, in qualche modo, del sistema manicomiale. Nel senso che sono un'emarginazione fuori dalla società di persone che non sono in grado di viverci all'interno. Seguono la logica che sempre avuto la psichiatria, cioè, rinchiodere. Nelle case famiglia non è che c'è tutta questa libertà di vivere come tutti, anche in quelle più "illuminate". Uno non può gestire il tempo come vuole. Neanche i soldi.

Emanuela: Ci sono delle case famiglia dove quelli che ci abitano hanno le chiavi, però sono una minoranza. La maggior parte non sono così. E anche se hanno le chiavi hanno comunque chi va a fare dei controlli.

Gloria: In ogni caso sono a parte. È una vita separata.

Emanuela: Bucalo direbbe che è una vita di serie B. Le persone che sono dentro si presuppone che non sanno gestire la loro vita da soli.

Andrea: È chiaro che si condivide l'ottica della riduzione del danno. Una casa famiglia è meglio di un ospedale psichiatrico, questo non lo mettiamo in discussione. Ci sono un po' più di margini di autonomia della singola persona. Quello che contestiamo e che non ci torna è che la casa famiglia fa parte, comunque, di un circuito psichiatrico che prevede, ad esempio, che se la persona non si comporta come da programma, non prende la terapia, non è socievole così come vogliono gli psichiatri o gli educatori, può benissimo fare un passo indietro e ritornare all'ospedale psichiatrico, o forme più coercitive sui trattamenti.

Gloria: C'è anche il rischio che uno ci stia tutta la vita in una casa famiglia. Io penso che questi sistemi non abbiano un obiettivo. Credo che siano contenitivi. Anche il minimo di autonomia che ti possono dare è spicciolo. Spesso, dalle persone che sentono che ci lavorano, sembra che le persone con le quali hanno a

che fare siano dei bambini e non degli adulti. Per esempio nel dirgli: “Allora ti do le chiavi... Allora ti do un euro... Hai mangiato?”. Tutto è privo di uno scopo per questo quasi esclusivamente inutile.

Emanuela: Io conosco persone che ci hanno lavorato e sono persone in gamba, però non hanno potere di far niente. Per questo è sempre un circuito psichiatrico che tira i fili. Se uno che sta in casa famiglia deve prendere la terapia tu educatore, che sei contro i farmaci, non puoi fare niente, anche volendogli fare uno scalaggio.

Irene: La salvezza sarebbe se ci lavorassero persone un po' più tranquille, però come diceva Gloria il livello rimane demenziale con i programmini fatti per vedere a che livello è l'ospite e se migliora in casa famiglia. Sono idioti. È chiaro che uno dopo un po' impara a lavarsi la tazza la mattina, ma non è che impara, la lava anche se non ha voglia, entro quei cinque minuti che ha di tempo, perché sa che altrimenti gli viene data mezza pasticca in più i prossimi due mesi o che non può rimanere lì e deve tornare in una struttura. È molto limitante. Io, personalmente, penso che sia una gabbia, sicuramente è molto meglio che stare in una struttura, perlomeno si può uscire. Non ti dà la prospettiva di uscire per sempre dal circuito.

Come uscire dal circuito è veramente difficile?

Irene: La psichiatria non ti molla!

Diego: Dalle telefonate viene fuori. Gente che da anni fa parte di questo circuito e non riescono ad uscirne fuori. Ci chiedono anche come fare. Come fare a staccarsi dalla Asl, dalla psichiatria.

Gloria: Il problema è uscire e trovare un altro posto. Lavoro, casa, non ritornare in famiglia dove molto spesso si è creato il problema.

La famiglia ha un ruolo molto forte in tutto questo?

Gloria: Il problema della famiglia è fondamentale. Tutti, in qualche modo, fanno risalire l'inizio del loro problema all'interno dell'ambito familiare. Spesso è proprio la famiglia che fa pressione affinché avvengano i ricoveri o comunque il ricorso allo psichiatra e vari altri tipi di cure. C'è tutta una cassa di risonanza dove tornare è impossibile, starci è impossibile, dove sono tutti d'accordo, molto spesso, in favore della psichiatria. Non ho mai sentito diversamente. Forse con qualche madre con un figlio piccolo.

Che rapporto avete con gli altri Telefoni Viola?

Irene: Un po' critici! Nel senso che saremo una quarantina in tutta Italia, se ci mettiamo a rapportarci insieme tutti quanti...

Siete una quarantina in tutta Italia?

Gloria: Già troppi!

Diego: Sei ottimista!

Ma ogni tanto vi vedete?

Diego: Sì ogni tanto ci vediamo. Soprattutto ci scambiamo consigli, informazioni. Se ci capita un caso e non sappiamo come fare, come approcciarci, chiediamo informazioni ai vari compagni, come hanno fatto, sui farmaci, su come fare al meglio quello che ci viene richiesto. Ci sono contatti. Comunque ci conosciamo tutti e qualche volta ci siamo anche visti. C'è anche un sito di riferimento.

Gloria: I contatti avvengono prevalentemente su internet.

Diego: Quando qualcuno fa un'iniziativa a livello nazionale cerchiamo di partecipare tutti, ci si contatta tutti, Telefoni Viola e Collettivi Antipsichiatrici. Si è fatto quando c'era il convegno degli psichiatri.

Voi personalmente avete mai avuto problemi con la psichiatria?

Gloria: Nessuno dei presenti è passato attraverso dei percorsi psichiatrici.

Personalmente, nella propria vita, perché avete scelto di fare un Collettivo Antipsichiatrico?

Diego: Ognuno ha la sua risposta personale. Io sono interessato all'argomento perché dal movimento dei compagni questo problema della psichiatria non è mai stato considerato. Molto spesso viene snobbato. È difficile. Noi siamo anche contenti perché l'argomento è molto difficile. Perché tratti con le persone che hanno bisogno.

È vero che sembra un'esigenza naturale, esistenziale dell'essere umani? La psichiatria spesso mette in discussione la propria persona, come uno è, quindi, essere antipsichiatrici è riappropriarsi della propria umanità, del proprio essere uomo, liberamente? Insomma una naturale ribellione umana verso ciò che non lo è?

Emanuela: Sicuramente.

Diego: Il discorso è che io e te possiamo litigare, non andare d'accordo... questi sono rapporti umani, ma quando si comincia a dire: "sei malato" "hai bisogno di un dottore", allora non va bene. Per me la psichiatria è la più grande forma di controllo sociale che c'è, più forte della repressione poliziesca o del carcere. Può finirci dentro chiunque in qualsiasi momento della propria, perché "sclera", perché ti ha lasciato la fidanzata, per una serie di motivi. Chiunque può essere preso. Si va in galera quando si commette un reato, con la psichiatria vai a finire in un reparto psichiatrico anche se non hai fatto niente. Solamente perché tu esprimi le tue opinioni o ti comporti in una certa maniera o non sei come vogliono che tu sia... Per me il fatto di fare un Collettivo Antipsichiatrico nasce dal fatto di voler lottare collettivamente contro questa forma di repressione e controllo sociale. Io sono contentissimo che riusciamo a portare avanti il Telefono Viola perché è uno strumento da contrapporre alla pratica psichiatrica. Non un'assistenza umanitaria, ma una forma di lotta per dire agli psichiatri che c'è qualcuno che sa che si comportano male.

Gloria: Una barriera. Io l'antipsichiatria l'ho cominciata a fare all'università, perché ho fatto scienze dell'educazione e avevamo scelto l'antipsichiatria come una disciplina da contrapporre a tutte le discipline un po' stantie che ci venivano propinate quotidianamente. Durante un'occupazione era nato un Collettivo di persone che avevano deciso di autogestirsi, in qualche modo, i corsi e gli esami. Avevamo fatto un seminario di cinque, sei incontri sul tema, anche appoggiati dal LEU il Laboratorio di Ecologia Umana che era quello che esisteva all'epoca a Firenze e che avevano fatto a loro volta un Telefono Viola. È stato fatto per portare un pensiero critico alla psicologia e alla neuropsichiatria che è una disciplina di scienze dell'educazione. Da lì varie vicissitudini mi hanno portato a non seguire più il discorso e poi ad entrare nel Collettivo Antipsichiatrico. Da questa esperienza universitaria, fare il Telefono Viola è stato un traguardo bello. È stato un passaggio dalla teoria ad un'elaborazione politica fino ad arrivare ad un aspetto effettivamente pratico di quello che ho studiato.

Emanuela: Per me gli inizi sono uguali. Ci siamo conosciuti con lei e con gli altri all'università. Finiti questi seminari autogestiti si disperse un po' il gruppo di persone, passarono alcuni mesi prima che poi mi sono detta che l'antipsichiatria mi interessava farla e portarla avanti, così ho cominciato a fare il Collettivo.

Irene: Agli albori, da piccina, mia madre lavorava dove c'era l'ex Ospedale Psichiatrico di Firenze. C'erano ancora dei padiglioni aperti, la gente c'era stata tutta la vita e continuava girarci intorno perché non sapeva dove andare, io

andavo a prendere mia madre e vedevo. Questo è stato il primo contatto. Poi ho conosciuto loro, sono arrivata quando il Collettivo Violetta Van Gogh c'era già da un anno e mezzo. Se uno ama la libertà, non ama sentirsi controllato, si sente in pericolo, giustamente, in questo stato di cose costante, non può che fare l'antipsichiatria. E la dovrebbero fare tutti! Il motivo per cui anche nell'ambiente militante di compagni e compagne che non ci si mettono è da discutere ed è in continua discussione. È un argomento molto difficile e controverso. Star male fa paura a tutti, perché tutti siamo stati, si sta e si ristarà male. Uno sa che nel percorso della sua vita avrà dei momenti di crollo. Tutti siamo in pericolo. Chi si sente al sicuro vuol dire che vive con degli schermi parecchio grossi. È così difficile pensare di non essere catalogati o che nessuno richieda mai un TSO per te, per la facilità di richiederlo. Lo può richiedere chiunque in qualsiasi momento.

Andrea: Io ho un cammino leggermente diverso, nel senso che non sono di Firenze, sono di Mantova. Ho conosciuto i compagni non in Italia, ma in Francia in un campeggio militante europeo. C'eravamo conosciuti prima in modo virtuale in internet volendo fare insieme, in questo campeggio, una discussione sull'antipsichiatria. Una volta venuto a Firenze ho cominciato a frequentare il Collettivo. Lo scarto grosso fra questa esperienza e le altre cose che avevo fatto in ambito universitario di contro informazione o a livello militante sull'antipsichiatria, è l'aver trovato un gruppo, delle persone, con cui condividere non solamente il bisogno generico o anche approfondito di ragionare sulla follia, ma anche di dare delle risposte pratiche in ambito militante. Anche io mi ritrovo su quello che diceva Diego che la psichiatria è una branca molto importante del controllo sociale e in ambito militante pochi sono quelli che ci si impegnano.

Avete avuto contatti con Alessio Coppola?

Diego: Il Telefono Viola lo ha fondato lui. Noi abbiamo letto il suo libro scritto con Antonucci. Ora è impegnato sul carcere, che, tra l'altro è una cosa che ha sempre fatto. È positivo che a Roma si è ricominciato, c'è il sito dell'Ecologia Umana.

Politicamente a livello istituzionale non avete nessun appoggio?

Diego: No, solo qualche contatto episodico.

Andrea: Singole iniziative.

Gloria: Sul problema della donna di cui abbiamo parlato c'è stata un'interrogazione parlamentare.

Diego: Ma noi non ci siamo entrati come Violetta Van Gogh, una consigliera di Rifondazione Comunista ha fatto un'interrogazione in consiglio comunale su questo caso, poi uno dei Verdi l'ha fatta in Parlamento. Diciamo che abbiamo contatti con il movimento, ci sentiamo parte del movimento contro la guerra, con i no-global, con il movimento delle case occupate...

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., 1980, *Dove va la psichiatria? : Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, a c. di Onnis L. - Lo Russo V., *Crimini di pace : *ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Milano, Feltrinelli.
- AA.VV., 1980, *Dove va la psichiatria? : pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, a c. di Onnis L. - Lo Russo G., Milano, Feltrinelli.
- AA.VV., 1995, *Follia e paradosso : seminari sul pensiero di Franco Basaglia, 9-30 maggio 1995*, Trieste, E. (1998), Pistoia, Centro di documentazione.
- Algranati P., 1999, *Voci dal silenzio. Diario di uno psichiatra anomalo*, Roma, Eléuthera.
- Antonucci G., 1986, *I pregiudizi e la conoscenza - Critica alla psichiatria*, Roma, Cooperativa Apache.
- Antonucci G., 1993, *Critica al giudizio psichiatrico*, Roma, Sensibili alle foglie.
- Antonucci G., 1998, *Il pregiudizio psichiatrico*, Milano, Elèuthera.
- Antonucci G., Coppola A., 1995, *Il telefono Viola, contro i metodi della psichiatria*, Milano, Elèuthera.
- Antonucci G., 1999, *Le lezioni della mia vita*, Milano, Spirali.
- Antonucci G., 1990, *La nave del paradiso*, Milano, Spirali/Vel.
- Attenasio L., 1981, *Fuori norma - La diversità come valore e sapere*, Roma, Armando.
- Basaglia F. - Basaglia Ongaro F., 1975, *Crimini di pace : Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Torino, Einaudi.
- Basaglia F. - Basaglia Ongaro F., 1971, *La maggioranza deviante*, Torino, Einaudi.
- Basaglia F. (a c. di), 1980, *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi.
- Basaglia F., 1973, *Che cos'è la psichiatria*, Torino, Einaudi.
- Basaglia F., 1982, *Scritti II - 1968-1980 : dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, a c. di Ongaro Basaglia F., Torino, Einaudi.
- Bateson G., 1988, *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi.
- Bellelli G. (a c. di), 1994, *L'altra malattia : come la società pensa la malattia mentale*, Napoli, Liguori.
- Benedetti G., 1980, *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*, Torino, Einaudi.
- Beneduce R. (a c. di), 1990, *Linguaggio, ragione, follia*, Napoli - Roma, Edizioni Scientifiche Italiane.
- Bleuler E., 1967, *Trattato di psichiatria*, Milano, Feltrinelli.

- Borgna E., 1998, *Come se finisse il mondo : il senso dell'esperienza schizofrenica*, Milano, Feltrinelli.
- Breggin P., 1984, *Elettroshock. I guasti del cervello*, Milano, Feltrinelli
- Bucalo G., 1993, *Dietro ogni scemo c'è un villaggio. Itinerari per fare a meno della psichiatria*, Sicilia Punto L.
- Bucalo G., 1996, *La malattia mentale non esiste. Antipsichiatria: prime istruzioni d'uso*, Nautilus.
- Bucalo G., 1996, *Malati di niente. Manuale minimo di sopravvivenza psichiatrica*, Calusca Grafton.
- Bucalo G., 1997, *Dizionario Antipsichiatrico. Esplorazioni e viaggi per fare a meno della psichiatria*, Sicilia Punto L.
- Bucalo G., 1998, *Sentire le voci. Guida all'ascolto*, Sicilia Punto L.
- Canosa R., 1979, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli.
- Chiarugi V., 1991, *Della pazzia in genere, e in specie : Trattato medico-analitico, con una centuria di osservazioni*, Roma, Vecchiarelli.
- Chiozzi P. - Martini M., 1976, *Considerazioni sui rapporti tra antropologia e psichiatria sociale*, Milano, Università degli Studi di Milano, Scuola di Specializzazione in Psicologia.
- Civita A., 1999, *Psicopatologia : un'introduzione storica*, Roma, Carocci.
- Coleman R., 2001, *Guarire dal male mentale*, Roma, Manifestolibri.
- Coletti D., 1994, *180 Basaglia*, [s.l.] Sinnos.
- Colucci M., 1999, *Sulla legge 180 - Dialogo con Franco Rotelli*, in «Aut Aut», 285-286 (1998), pp. 63-67.
- Colucci M. - Di Vittorio - Colucci M., 2001, *Franco Basaglia*, Milano, Mondadori.
- Cooper D. (1978), *Psichiatria e antipsichiatria*, Milano, Armando.
- Covacich M., 1993, *Storia di pazzi e di normali : la follia in una città di provincia*, Roma - Napoli, Theoria.
- Della Pietra F., 2002, *Riforma Basaglia: il dibattito è aperto*, in «Il Manifesto», 23 ottobre 2002.
- De Martino E., *Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche*, in Nuovi Argomenti, 69-71, pp. 105-141.
- De Martino E., 1994 *La terra del rimorso*, Milano, Il Saggiatore.
- De Martino E., 1991, *Il mondo magico*, Torino, Bollati e Boringhieri.
- Demetrio D., 1995, *Raccontarsi, l'autobiografia come cura di sé*, Milano, Raffaello Cortina.
- Demetrio D., 1998, *Pedagogia della memoria*, Roma, Meltemi.
- Detsch A., 1949, *The Mentally Ill in America*, New York, Columbia University.
- Di Paola F., 2000, *L'istituzione del male mentale*, Roma, Manifestolibri.

- Dragoni F., 1999, *Folla di ieri, follia di oggi*, Milano, Angeli.
- Fabietti U., 1991, *Storia dell'Antropologia*, Bologna, Zanichelli.
- Fabietti U., Matera V., 1999, *Memorie e identità*, Roma, Meltemi.
- Fiorillo G.P. - Cozza M., 2002, *Il nostro folle quotidiano : indagine sulla rappresentazione della follia e della malattia mentale*, Roma, Manifestolibri.
- Fiorino V., 2002, *Matti, indemoniate e vagabondi : dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio.
- Fiorino V. (a c. di), 1994, *Rivoltare il mondo, abolire la miseria : un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia, 1953-1980*, Pisa, ETS.
- Fornari C. - Coda P., 2001, *Dall'ospedale psichiatrico giudiziario al territorio*, in «Rivista italiana di medicina legale».
- Foschi F., 1989, *Editoriale*, in «LABOS», supplemento a «Informazione», 2 (marzo-aprile 1989), p. 3.
- Foucault M., 1997, *Malattia mentale e psicologia*, a c. di Polidori F., Milano, Raffaello Cortina.
- Foucault M., 1992, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli.
- Foucault M., 2004, *Il potere psichiatrico*, Milano, Feltrinelli.
- Frame J., 1990, *Dentro il muro*, Milano, Interno Giallo.
- Freud S., 1974, *Opere 1912-14*, Vol.8 Torino, Boringhieri.
- Gilman S.L., 1993, *Immagini della malattia : dalla follia all'AIDS*, Bologna, Il mulino.
- Goffman E., 2001, *Asylums : le istituzioni totali : i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, prefaz. a c. di Del Lago A., postfaz. a c. di Basaglia F. - Ongaro Basaglia F., Torino, Comunità.
- Goffman E., 1970, *Stigma : l'identità negata*, Bari, Laterza.
- Good B. J., 1999, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*. Torino Edizioni di Comunità.
- Gorni G., 1978, *Malattia mentale e sistema - L'istituzione manicomiale italiana dalla fine del Settecento agli inizi del Novecento*, in «Classe», 15 (giugno 1978).
- Iacono A.M., *L'osservatore e le istituzioni*, in Fiorino V. (a c. di), 1994, *Rivoltare il mondo, abolire la miseria : un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia, 1953-1980*, Pisa, ETS.
- Jervis G., 1991, *Manuale critico di psichiatria*, Milano, Feltrinelli.
- Jones M., 1970, *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, Milano, Etas.
- Jung C.G., 1977, *Il problema della malattia mentale*, Torino, Boringhieri.
- Langs R., 1988, *Follia e cura*, Torino, Bollati Boringhieri.

- Laing R.D., 1969, *L'io diviso*, Torino, Einaudi.
- Laing R.D., 1973, *La politica della famiglia. Le dinamiche del gruppo familiare nella nostra società*, Torino, Einaudi.
- Laing R.D., 1977, *L'io e gli altri*, Milano, Sansoni.
- P.D., 2003, *Corsa ai nuovi manicomi*, in «Il Manifesto», 9 marzo 2003.
- Phyllis C., 1979, *Le donne e la pazzia*, con un commento di Ongaro Basaglia F., Torino, Einaudi.
- Pirella A., 1992, *La psichiatria ridefinita: dalle contraddizioni storiche alla crisi del presente*, in Pastore V. - Bondi G. - Formichini M. (a c. di), *Questioni attuali in psichiatria*, Tirrenia, Cerro.
- Pirsing R., 1981, *Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta*, Milano, Adelphi.
- Reale E. - Sardelli V. - Castellano A., 1984, *Malattia mentale e ruolo della donna : dall'esperienza pratica ad una nuova teoria del disagio femminile*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- Revel J. (a c. di), 1996, *Archivio Foucault : interventi, colloqui, interviste. 1: 1961-1970 : follia, scrittura, discorso*, Milano, Feltrinelli.
- Ristich De Groote M., 1973, *La follia attraverso i secoli*, Roma, Tattilo.
- Rocca G., 1999, *Alle origini del manicomio*, Milano, Angeli.
- Romano F., 2001, *I folli*, Roma, Meltemi.
- Sacks O., 1992, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Milano, Adelphi.
- Sacks O., 1995, *Un antropologo su Marte : sette racconti paradossali*, Milano, Adelphi.
- Segre C., 1991, *Fuori del mondo : i modelli nella follia e nelle immagini dell'aldilà*, Torino, Einaudi.
- Sicurelli R., 1986, *Il folle e l'altro : una lettura etnopsichiatrica*, Milano, Giuffrè.
- Signorelli A. (a cura di), 1996, *Fatevi Regine*, Roma, Sensibili alle foglie.
- Sontang S., 1992, *Malattia come metafora*, Torino, Einaudi.
- Spiegel D. (a c. di), 1994, *Dissociation : culture, mind, and body*, Washington D.C., American Psychiatric.
- Stanghellini G., 1997, *Antropologia della vulnerabilità*, Milano, Feltrinelli.
- Rinaldi L. (a c. di), 2003, *Stati caotici della mente : psicosi, disturbi borderline, disturbi psicosomatici, dipendenze*, Milano, Cortina.
- Romano F., 2001, *I folli*, Roma, Meltemi.
- Szasz T., 1966, *Il mito della malattia mentale*, Il Saggiatore.
- Szasz T., 1977, *Disumanizzazione dell'uomo*, Milano, Feltrinelli.

- Szasz T., 1979, *Schizofrenia. simbolo sacro della psichiatria*, Milano, Armando.
- Szasz T., 1981, *Il mito della psicoterapia*, Milano, Feltrinelli.
- Szasz T., 1990, *L'incapace. Lo specchio morale del conformismo*, Milano, Spirali.
- Szasz T., 1981, *I manipolatori della pazzia*, Milano, Feltrinelli.
- Steiner J., 1966, *I rifugi della mente. Organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Tagliacozzi B. - Pallotta A., 1998, *Scene da un manicomio : storia e storie del Santa Maria della Pietà*, Roma, Edizioni Scientifiche Magi.
- Telefono Viola di Milano (a c. di), 1998, *Effetti collaterali - Uso e abuso di psicofarmaci*, Torino, Nautilus.
- Troncarelli F. - Saci M.P. (a c. di), 1991, *Mal di luna : lunatici, folli, indemoniati nella tradizione popolare*, Roma, C.D.F.
- Valenstein E.S., 1998, *Blaming the brain - the truth about drugs and mental health*, New York, The Free press.
- Venturini E. (a c. di), 1979, *Il giardino dei gelsi*, prefaz. a c. di Basaglia F., Torino, Einaudi.