

Franco Basaglia e la clinica della psichiatria

di

Mario Colucci*

Qual è il punto di partenza dell'azione antiistituzionale di Franco Basaglia? Che cosa lo spinge a rovesciare la consueta organizzazione ospedaliera? Certo, lo sdegno di fronte alla condizione inumana nella quale versano i degenti, il clima di violenza e di sopraffazione al quale essi sono sottoposti, la sostanziale mancanza di terapeuticità del luogo. Ma c'è un altro aspetto che colpisce Basaglia ancora di più: la constatazione che all'interno dell'istituzione *la follia non ha più forza*. La follia è stata trasformata, indebolita, svuotata di ogni energia. Ciò che colpisce Basaglia è che l'istituzione ha colpito innanzitutto la forza della follia.

Arrivato a Gorizia incontra il perfetto ricoverato, scrive Basaglia, «quello che si presenta completamente ammansito, docile al volere degli infermieri e del medico; quello che si lascia vestire senza reagire, che si lascia pulire, imboccare, che si offre per essere riassetato come si riassetta la sua stanza al mattino; il malato che non complica le cose con reazioni personali, ma si adegua anzi supinamente, passivamente al potere dell'autorità che lo tutela».¹ L'immagine del perfetto ricoverato all'apice della sua carriera istituzionale è l'immagine dell'uomo svuotato. Svuotato di forza, di energie, di diritti, di capacità di reazione critica. Svuotato della sua follia.

Che cosa fare contro questa istituzione che svuota i soggetti? Basaglia non cessa mai di essere un fenomenologo e applica un metodo fenomenologico di epoché, di sospensione del giudizio, sospensione del discorso organicista e biologista della psichiatria positivista. Come fuggire dal sapere psichiatrico positivista? La fenomenologia è la grande via di fuga, perché permette di superare lo sconforto e il pessimismo della clinica kraepeliniana, che è *clinica del deficit* e che riduce la follia a fatto di natura, la malattia mentale a impoverimento cognitivo e affettivo, a scadimento, a degenerazione, a evento inspiegabile, incurabile e inguaribile, infine imprevedibile e dunque pericoloso. L'esito che deriva da questa clinica è un concetto di tutela della società dal folle, realizzato, come sostiene Franca Ongaro Basaglia, attraverso l'*espropriazione dei*

* Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (mario.colucci@tin.it).

¹ F. Basaglia, *Potere e istituzionalizzazione. Dalla vita istituzionale alla vita di comunità* (1965), in Id., *Scritti*, 2 voll., Einaudi, Torino 1981-82, vol. I, p. 287.

corpi,² che coincide storicamente con l'internamento istituzionale e con la difesa della società a danno del tutelato.

Il coraggio di Basaglia e del suo gruppo è quello di provare a sospendere questa *clinica del deficit*, che si fonda sull'*invalidazione del soggetto folle e del suo discorso*. La follia non è deficit, perdita, impoverimento, invalidazione. Il soggetto della follia non è un soggetto deficitario, è un soggetto etico, che opera nel profondo del suo essere una *scelta insondabile*, come scrive anche Jacques Lacan.³ Bisogna innanzitutto opporre un rifiuto all'*invalidazione* che la psichiatria tradizionale porta con sé: il malato docile e volenteroso al cospetto di un medico autoritario e magnanimo che detiene l'ordine del discorso.

L'esperimento della Comunità Terapeutica cerca di spostare la produzione del sapere: chi detiene l'ordine del discorso non è più lo psichiatra ma l'internato. Si fa terapia nel momento in cui si restituisce all'internato la sua voce e soprattutto il diritto di esprimere la forza della sua follia. L'azione terapeutica per Basaglia è in primo luogo creare occasioni assembleari perché possa manifestarsi la forza della follia. Lasciare spazio alle voci che dissentono. Scrive Basaglia: «I partecipanti a questa prima comunità furono scelti fra quelli che [...] si erano dimostrati *meno adattabili* e quindi *dotati ancora di una buona dose di aggressività su cui si sarebbe dovuto puntare*.»⁴

Basaglia punta sui meno adattabili, su quelli dotati di una buona dose di aggressività, in altri termini confida paradossalmente proprio sull'aspetto che storicamente ha rappresentato l'obiettivo dell'azione della psichiatria: l'*aggressività* del malato. Non per reprimerla ma per consentire che essa abbia libera espressione. È un rovesciamento completo della clinica e del ruolo attribuito al clinico dall'organizzazione sociale: non contenere l'aggressività ma favorire la sua espressione. Scrive Basaglia: «l'unico punto su cui sembra di poter far leva è l'aggressività individuale. Su questa aggressività, che è ciò che noi psichiatri cerchiamo per un'autentica relazione con il paziente, potremo impostare un rapporto di tensione reciproca che, solo, può essere in grado – attualmente – di rompere *i legami di autorità e di paternalismo*, causa fino a ieri di

² Cfr. F. Ongaro Basaglia, *Tutela di diritti e saperi disciplinari*, Lectio doctoralis in occasione del conferimento della Laurea Honoris Causae in Scienze Politiche, Università di Sassari, Facoltà di Scienze Politiche, 27 aprile 2001, p.36.

³ Scrive anche Lacan: «E l'essere dell'uomo non solo non può essere compreso senza la follia, ma non sarebbe l'essere dell'uomo se non portasse in sé la follia come limite della sua libertà». Cfr. J. Lacan, *Discorso sulla causalità psichica*, in Id., *Scritti* (1966), 2 voll., Einaudi, Torino 1974, vol.I, pp. 170-171.

⁴ F. Basaglia, *La "Comunità Terapeutica" come base di un servizio psichiatrico. Realtà e prospettive* (1965), in Id., *Scritti*, cit., vol. I, p.278 [cors. nostro].

istituzionalizzazione».⁵ Basaglia sa che è fondamentale mantenere questa aggressività perché «proprio nel mantenimento di questa aggressività che annulla ogni sentimento di riconoscenza e di dedizione, si può iniziare un rapporto da pari a pari, il solo in grado di affrontare il malato mentale».⁶

In primo luogo, per Basaglia, restituire il diritto alla salute mentale significa restituire il diritto all'espressione dell'aggressività, che significa diritto all'espressione di un dissenso, diritto alla messa in discussione dei ruoli all'interno dell'istituzione. Diritto alla costruzione di un sapere alternativo al sapere padrone della clinica psichiatrica, che significa diritto a criticare la misura della norma e l'omologazione in un modello unico di salute. Diritto di criticare l'appartenenza a una comunità, cioè diritto anche di criticare l'inclusione in una cittadinanza, la nozione stessa di cittadinanza: quindi *messa in crisi della cittadinanza* intesa come crisi della retorica salvifica dell'inclusione sociale a tutti i costi – l'inclusione che salva, l'inclusione che guarisce –, ma anche crisi della città e dell'organizzazione sociale che ha permesso l'istituzione totale. L'uscita del malato dal manicomio è l'inizio di quella crisi della città, che non riesce a capire, ad abituarsi alla presenza del malato nel suo tessuto.

Ma quanto il modello di inclusione sociale si è allontanato davvero da una clinica del deficit? Quanto si è staccato da una concezione del disturbo mentale inteso come impoverimento cognitivo, come disabilità comportamentale, come mancanza di prestazione sociale adeguata? Quanto cioè l'esigenza di inclusione sociale ha mantenuto aperto un dibattito sul modello medico dell'invalidazione? In altri termini, si rischia una semplice trasformazione del concetto di tutela – tutela della società dal folle – ossia di passare da una forma di tutela come *espropriazione dei corpi* a una forma di tutela come *invalidazione assistita*: essa coincide, secondo Franca Ongaro Basaglia, con la logica dello stato assistenziale, che garantisce cioè un diritto all'assistenza, ma non intacca il nodo di fondo dell'invalidazione dell'assistito, perpetuata attraverso una scienza che svaluta il soggetto e il suo discorso, anche quando si impegna a riabilitarlo.⁷ Questo passaggio è stato descritto da Michel Foucault come passaggio dal potere disciplinare al biopotere. Attenzione, dice Foucault, non pensiate che il potere funzioni soltanto attraverso un meccanismo repressivo contro il quale bisogna agire una liberazione dei corpi. La

⁵ F. Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione* (1964), in Id., *Scritti*, cit., vol. I, p.257.

⁶ F. Basaglia, *Potere e istituzionalizzazione*, cit., p. 293.

⁷ F. Ongaro Basaglia, *Tutela di diritti e saperi disciplinari*, *Lectio doctoralis* in occasione del conferimento della Laurea Honoris Causae in Scienze Politiche, Università di Sassari, Facoltà di Scienze Politiche, 27 aprile 2001, p.36.

retorica della liberazione rischia infatti di occultare l'azione più sottile di un biopotere, fondato sulla diffusione di un controllo sociale capillare e di un modello di norma invalidante, mascherati da necessità assistenziali. L'invalidazione assistita è il cuore di una strategia di governo degli individui, per la quale la guarigione e la reintegrazione sociale del folle sono ancora definite dalla «stabilizzazione in un tipo sociale moralmente riconosciuto e approvato».⁸

La restituzione del diritto alla salute mentale non è sufficiente di per sé a intaccare il nodo della invalidazione dell'assistito, che passa soprattutto attraverso un modello di sapere medico, una medicalizzazione della follia. Soprattutto oggi che la riabilitazione è diventata il nuovo oggetto del desiderio di una psichiatria universitaria alla ricerca di una nuova identità dopo il crollo del modello manicomiale. Si assiste, infatti, a una crescita esponenziale dell'offerta di formazione tecnica con grande fortuna di modelli comportamentisti e cognitivisti quali strumenti per una rapida appropriazione di tecniche di riparazione e di controllo per un buon funzionamento del malato. Secondo Antony e Liberman, la riabilitazione psichiatrica si fonda sui principi della riabilitazione fisica integrati da tecniche psicoterapiche di derivazione comportamentista. I comportamenti della persona malata vengono frammentati in abilità/disabilità sociali da affrontare attraverso tecniche di *problem solving* e addestramento a prestazioni socialmente competenti. Sappiamo qual è il modello di malattia che supporta questa tecnica: si tratta della *vulnerabilità/stress*: vulnerabilità dell'individuo dovuta a una carenza di abilità di fronteggiamento di situazioni stressanti di vita. In altri termini viene ripresa una nozione di malattia intesa come reazione a difficoltà ambientali di un sistema che è già difettuale. È questo che apre la porta a un'idea di inclusione sociale come adattamento normalizzante alla realtà, piuttosto che come incontro con un soggetto, che chiede di essere riconosciuto come alterità e come progettualità di vita differente.

Inoltre, i modelli di riabilitazione sono spesso modelli di sapere medico riparativo in cui è evidente sempre più spesso una clinica del deficit, piuttosto che una clinica della produzione di sintomi: pensiamo agli studi di Crow, Andreasen, Strauss, Zubin, e tanti altri, che parlano sempre più spesso di disabilità legate all'impoverimento delle funzioni cognitive e alla riduzione delle prestazioni comportamentali. Il tutto a

⁸ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, (1961), tr. it. Rizzoli, Milano 1976, p. 545.

scapito di una visione più complessiva del *sensu* dell'esperienza di malattia.

La psichiatria induce erroneamente a credere che questa attenzione al comportamento corrisponda all'innovazione diagnostica, a uno sguardo moderno sulla malattia mentale. Niente di più illusorio. Basta osservare, come fa Michel Foucault in *Gli anormali*, quello che accade in un periodo di tempo relativamente breve – trenta, quarant'anni, a partire dal 1830-40 fino al 1870 – quando si realizza un'imponente trasformazione disciplinare, che segna l'inizio della scienza psichiatrica che noi oggi conosciamo: dall'alienismo alla psichiatria. Ebbene, il paradigma che diventa dominante nel corso del XIX secolo, si fonda su un progressivo spostamento teorico, per il quale la psichiatria incomincia a prestare più attenzione ai modi del comportamento, che alle forme logiche del pensiero. Foucault ci mostra l'importanza che assume una nozione fino ad allora marginale, la nozione di *istinto*, intesa come impulso incontrollabile ed improvviso, automatismo al di fuori della volontà, per certi versi estraneo alla persona che lo esprime o agisce. Tale nozione diventa progressivamente dominante, a scapito della nozione di *delirio*. Quindi, è nel XIX secolo che la psichiatria si pone come nuovo e principale obiettivo della sua azione il controllo dei comportamenti che si allontanano da una norma. La psichiatria nasce come scienza dei comportamenti, come disciplina di controllo delle condotte umane.

Basaglia, invece, ribadisce che l'impovertimento e la cronicizzazione, raramente dipendono da una naturalità della malattia, piuttosto derivano dall'istituzione che prende in carico i soggetti. Se l'istituzione – qualsiasi istituzione, anche il centro di salute mentale, il centro diurno, la cooperativa sociale – tende a osservare di più le prestazioni dell'utente, piuttosto i suoi vissuti e la nozione di senso del suo malessere, accade che il sapere che costruiamo sul soggetto è un "sapere prestazionale". Paeadossalmente questo succede proprio perché osserviamo di più il soggetto nel suo contesto di vita e perché il nostro lavoro è principalmente un reinserimento del soggetto nel suo contesto di vita. Ad esempio, se una cooperativa sociale si lamenta con il Centro di Salute Mentale, perché un loro socio non lavora adeguatamente e chiede un intervento, il Centro può scambiare per azione terapeutica il miglioramento della prestazione lavorativa dell'utente, invece che approfondire il vissuto della persona. Purché conservi il suo posto di lavoro, non importa se ciò va contro il desiderio della persona di conservarlo o meno.

Per questo, il modello della salute mentale territoriale non può essere lo stesso della psichiatria biologica con l'aggiunta virtuosa di una lotta per i diritti e di una promozione dell'inclusione sociale. Piuttosto deve essere capace di mettere in crisi il modello riparativo medico – ancora oggi prevalente fra gli operatori della salute mentale territoriale – fondato sull'invalidazione dell'assistito. Promozione dell'inclusione sociale non significa soltanto accrescimento di beni e di servizi per il soddisfacimento dei bisogni dell'utente. Altrimenti, si perde di vista la particolarità della sua storia e della sua domanda di soggetto e lo si riduce a un semplice fruitore di beni e servizi. La *manca* del singolo diventa deficit da colmare con una risposta valida per tutti e, soprattutto, nelle mani del tecnico. Funziona in tal caso un modello di sapere tradizionale, che riproduce di continuo la *padronanza* del tecnico sul soggetto: un sapere che discende dall'alto, come un insegnamento più che come una terapia, dal curante al curato, e che non tiene in alcun conto né il “progetto”, né il “naufregio” di ogni singola storia.

Si tratta di chiedersi quanto sia importante ancora per noi oggi – nel momento in cui ci interroghiamo sulla natura del legame sociale con la persona sofferente che attraversa la città – riprendere quel compito che Basaglia si è posto all'indomani della legge 180, ossia «la necessità, più volte affermata, di superare la funzione normalizzatrice implicita di ogni operatore psichiatrico».⁹ Chi è più disposto a parlare di questa funzione?

Chi è più disposto a essere colpito dalla forza della follia? Cioè dall'irruzione di qualcosa che non si vuole e non si può adattare perché *resiste* alle strategie di invalidazione e mette permanentemente in crisi la cittadinanza nei suoi meccanismi di inclusione sociale. Parlare di restituzione del diritto alla salute non può ridursi a un tecnicismo di tipo giuridico-amministrativo, in altri termini alla difesa di un buon governo della rete territoriale di assistenza, o allo scontro fra differenti visioni organizzative, fra cosiddette cattive e buone pratiche, svincolato però da un'attenzione ai modelli di sapere e alle procedure di formazione degli operatori, soprattutto in riferimento a una cultura del terapeutico.

Scrivono Franca Ongaro Basaglia: «Se l'acquisizione del diritto di un nuovo rispetto della persona (...) non riesce a modificare i corpi professionali e le discipline che non lo hanno mai contemplato e che ora

⁹ F. Basaglia, “Prefazione”, in E. Venturini (a c. di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino 1979, p. X.

dovrebbero garantirlo, essa si riduce a pura enunciazione di principio, priva di possibilità di realizzazione completa».¹⁰

Modificare i corpi professionali e le discipline, modificare il rapporto con il sapere della psichiatria: anche questo è l'obiettivo in una lotta per i diritti. Lotta oggi possibile solo facendo crescere un nuovo linguaggio che sappia tenere insieme *clinica e politica*. Che sappia donare parole anche a chi sfugge alle nostre reti, anche a chi urla di essere altro, anche a chi rifiuta l'inclusione, anche a chi chiede il diritto di non rinunciare alla forza della sua follia.

¹⁰ F. Ongaro Basaglia, *Tutela di diritti e saperi disciplinari*, cit., p. 39.