

Contro la riedizione veneta della psichiatria manicomiale

Guido Pullia, psichiatra, Venezia. Comitato direttivo di Psichiatria Democratica.

Il filone veneto di Psichiatria Democratica continua con il contributo di Guido Pullia, nostro storico compagno, psichiatra e Direttore del DSM di Treviso fino al 2006; Guido richiama l'attenzione sul grave pericolo di restaurazione che a grandi passi avanza nella sua Regione e attraverso un ampio excursus ripercorrere le tappe degli anni delle lotte e della riforma e indica alcuni primi obiettivi per risalire la china e contrastare a muso duro l'attuale linea della psichiatria veneta.

*Mi rendo conto di partire da un punto di osservazione locale, ma e' qui che abito e continuo a lottare. Affermo la necessita', anche nel Veneto, di riprendere battaglie che hanno reso protagonista **Psichiatria Democratica** e hanno realizzato obiettivi quali, ad esempio, le leggi che hanno previsto il superamento dei manicomi e degli ospedali psichiatrici giudiziari e il ridimensionamento dell'interdizione grazie all'istituzione dell'amministrazione di sostegno fino all'impegno per l'approvazione dei Protocolli Operativi in materia di misure di sicurezza psichiatriche. (*) . E' necessario che gli operatori e i cittadini continuino (o ricomincino) a battersi per la dignita' e i diritti di tutti, a cominciare dai soggetti fragili, dalle persone con disturbo mentale, dagli anziani, dai senza dimora, dai profughi. Questi sono le prime vittime anche dell'attuale pandemia. Ho potuto constatare che molti giovani, in prima battuta quelli provenienti dai Centri Sociali, hanno saputo sostenere con aiuti concreti le persone piu' colpite colpite dal Covid e sono ammirato dal loro spirito, dalla loro dedizione, che mi hanno ricordato, per esempio, in occasione dell'Acqua Granda (l'alluvione di Venezia del 2019) l'esperienza degli "angeli del fango" a Firenze nel 1966. Sono molto contento del fatto che loro manifestino un grande interesse anche per i temi che affronterò qui.*

(*) Per un maggiore approfondimento dei temi in oggetto e dei risultati ottenuti anche attraverso il costante impegno e le lotte di Psichiatria Democratica nel corso degli anni, si consiglia di consultare le pagine curate da Emilio Lupo, collegandosi al sito www.psichiatriademocratica.org alla voce Contenuti.

In questo periodo la pandemia ha costretto tutti noi a modificare le nostre abitudini. E' successo, ovviamente, anche a me: sono rimasto molto di piu' a casa, ho letto libri e testi pubblicati in rete, sono andato a guardare e riguardare leggi e regolamenti e mi sono messo in relazione con parenti, amici e colleghi su piattaforme come Zoom. Ho avuto piu' tempo per pensare. E mi sono chiesto come si sia potuti arrivare a rimettere in discussione in profondita', se non addirittura tendenzialmente a smantellarla, una psichiatria alternativa nata dall'esperienza basagliana anche nel Veneto, dove in alcune sedi, come a Venezia, a Portogruaro, a Treviso si era realizzato il superamento dei manicomi e si era costruita una psichiatria incentrata sul territorio.

Ora vedo chiudere Centri di Salute Mentale, li vedo ridursi a poliambulatori, constato che hanno spesso le porte chiuse. Vedo crescere sempre piu' Comunita' e residenze che "separano" 24 ore su 24 le persone con problemi psichiatrici dalla citta'.

Qual e' la "cultura" che ha consentito che la Regione Veneto prendesse provvedimenti per realizzare Comunita' terapeutiche di ben 40 posti letto per presunti "cronici" ultraquarantacinquenni (addirittura anche riutilizzando spazi ex manicomiali) e che stilasse un protocollo che di fatto "sdogana" la contenzione meccanica nei Servizi Psichiatrici Ospedalieri? Che ha affidato tout court ad alcune associazioni di familiari le risorse per gestire i malati, col rischio di "imbavagliarle" nella loro possibilita' di entrare in un confronto anche conflittuale con il servizio psichiatrico e di farle parlare *al posto* dei loro congiunti? Come mai non si sente la voce di operatori che si oppongano a questo andazzo?

Ad alcune di queste domande tento qui di rispondere con qualche riflessione, che mira a scandagliare le basi di questa "cultura", e per farlo parto da un quesito preliminare: e' possibile affermare che la *psichiatria e' una **scienza***, e in particolare una *scienza **medica***? Questo sembra essere diventato infatti un po' dappertutto un principio indiscutibile.

Indubbiamente e' necessario che lo psichiatra disponga di conoscenze adeguate a livello clinico e farmacologico, sia perche' alcuni sintomi "psichiatrici" possono dipendere da malattie con una base organica, sia perche' oggi come oggi fortunatamente si dispone di medicine utili nei trattamenti delle persone con

problemi psichici ed e' necessario conoscerne indicazioni, controindicazioni ed effetti indesiderati.

Ma da cio' non consegue necessariamente che si abbia a che fare con una disciplina medica tout court, anche se gli psichiatri, per gli studi effettuati e per cercare di ottenere conseguentemente un riconoscimento dal mondo sanitario – che significa anche poter contrattare risorse adeguate dalle aziende sanitarie da cui dipendono - stanno facendo di tutto per essere riconosciuti “scientifici” al pari dei loro colleghi. Cosi', sulla base della “medicina basata sulle evidenze”, ricorrono, in nome della cosiddetta *certezza scientifica*, a linee guida e protocolli operativi. Allo stesso modo funziona anche nei tribunali: l'autorita' giudiziaria chiede tuttora *certezze* (che sappiamo essere molto discutibili, in realta') su temi quali la pericolosita' sociale e la capacita' di intendere e di volere. E' in gioco, inoltre, anche il prestigio sociale di molti psichiatri che ormai sono interpellati dai mass media per dire la loro, come esperti, su qualunque argomento.

Purtroppo per loro, pero', le cose non sono cosi' semplici.

Partiamo dai manuali a cui fanno riferimento psichiatri (e magistrati): i Manuali Statistici dei Disturbi mentali, d'ora in poi DSM. La logica dei DSM – nati negli USA e poi diffusi ovunque in contrapposizione ai manuali diagnostici elaborati nel resto del mondo - (gli ICD = Classificazioni Internazionali delle Malattie) - e', fin dalle prime edizioni, quella della mera elencazione dei *segni* - (comportamenti, aspetto fisico, modo di comunicare... non si tratta di elementi necessariamente patologici, in questo si distinguono dai sintomi) e dei *sintomi* (manifestazioni di disturbo), accorpati in una classificazione di *disturbi*. Come si puo' notare, prescindere dall'*eziologia* (le cause) e dalla *patogenesi* (modo di svilupparsi della malattia) significa rinunciare programmaticamente al concetto di *malattia*.

Per parlare di “malattia”, infatti, non e' sufficiente un catalogo di sintomi che puo' consentirci al massimo di configurare delle *sindromi* (quadri clinici che vedono raggrupparsi con una certa frequenza gli stessi segni e sintomi); le sindromi, quando non se ne conoscono le cause, ci permettono di somministrare una cura soltanto *sintomatica*. L' esempio piu' semplice di un trattamento sintomatico e' l'antidolorifico per il mal di testa; allo stesso modo sono quasi sempre curate l'insonnia e l'ansia. Il mercato del farmaco sguazza nelle terapie sintomatiche (si pensi alle pubblicita' sul colesterolo o sulla prostata) anche a proposito di disturbi

che dovrebbero essere indagati a fondo, quanto meno per escludere malattie anche gravi.

Dunque i DSM, accostando *segni e sintomi*, utilizzano e incrociano dati – frequenza, durata, intensità- che dovrebbero consentire allo psichiatra di identificare *il* disturbo o *i* disturbi (e' sempre possibile effettuare una "doppia diagnosi") che presenta il singolo paziente.

Permane, alla radice, in questi manuali - che si dichiarano programmaticamente a-ideologici, ma nascono da un accordo tra i professionisti - un inconsapevole, quanto acriticamente assunto, "pregiudizio ideologico". Gli psichiatri di tutto il mondo, infatti, interpellati per concordare sul riconoscimento di quadri clinici presenti ovunque, indipendentemente dalla cultura di provenienza, non dispongono di fatto di chiavi di lettura estranee al tempo e al luogo in cui vivono. Quindi i sintomi alla fin fine si riducono alle caratteristiche dell' "oggetto paziente" descritte come *anomale* dal consenso della maggioranza della comunita' "scientifica" degli psichiatri in quel preciso momento, e sappiamo che nel mondo esiste una cultura dominante.

Scorrendo le diverse edizioni dei DSM si puo' vedere, per esempio, che nelle prime edizioni *l'omosessualita'* era considerata un disturbo mentale; e che nuovi disturbi rientrano nelle successive, consentendo all' industria farmaceutica, tutt'altro che estranea a questo sviluppo editoriale, di proporre nuovi "trattamenti".

Queste osservazioni potrebbero essere contraddette se ci fosse la possibilita' di rilevare obiettivamente, indiscutibilmente, dei sintomi patologici. Chiediamoci allora se esistono strumenti analoghi a quelli utilizzati nelle indagini sul *corpo* anche in psichiatria?

Va detto che anche "misurare il corpo" non e' facile: sarebbe piu' semplice farlo su un corpo morto, un cadavere. Ma termometri, fonendoscopi, sfigmomanometri, saturimetri, ecc., per non parlare della diagnostica per immagini – TAC, risonanze magnetiche...- sembrano consentirci di evidenziare in maniera indiscutibile anomalie fisiche. Tali strumenti sono stati realizzati fin dall'inizio essenzialmente per acuire le capacita' degli organi di senso dell'uomo (il fonendoscopio l'udito, i raggi una vista altrimenti limitata da ostacoli e barriere fisiche, ecc.) al fine di percepire cosa accade in un corpo malato, *com'e' fatto*. Resta *purtroppo* il fatto che, trattandosi di un corpo vivente, disporremo comunque sempre solo di una serie di

“istantanee”, dipendenti dalla sensibilità dello strumento, dalle condizioni generali del paziente in quel momento, dall’ora del giorno, ecc.

Ma torniamo alla domanda iniziale: esiste la possibilità di misurare le caratteristiche psichiche, al fine di classificare le anomalie *una volta definita la normalità*? Sembrerebbe ovvio dover effettuare questo primo passaggio. Che è tutt’altro che scontato, persino per il corpo: non basta infatti dire che una persona è sana se si sente bene: può essere inconsapevole di qualcosa di brutto che la abita quando è *asintomatica*. Ne’ sembra facile e opportuno sottoporre l’intera popolazione a indagini di massa che sarebbero costosissime, invadenti e probabilmente non esenti dal rischio di disturbi collaterali più o meno seri. Figuriamoci per la psiche: sarebbe possibile trovare una persona che nella vita non abbia mai fatto una cosa un po’ bizzarra? E poi: per definizione (che non condivido) parrebbe che lo psicotico “non abbia consapevolezza di malattia”. Questo vuol dire che sono altri a definirlo malato mentre lui si sentirebbe “normale”.

Torniamo al punto: è possibile “misurare la psiche”? L’etimologia del termine riconduce all’idea del ‘soffio’, cioè del respiro vitale; presso i Greci designava l’anima in quanto originariamente identificata con quel respiro. Nella psicologia moderna, la psiche è intesa come il complesso delle funzioni e dei processi che danno all’individuo esperienza di sé e del mondo e ne informano il comportamento.

Con quali strumenti ci accertiamo se la psiche funziona bene o male? C’è qualcosa che acuisca i nostri sensi come fa un fonendoscopio per farci sentire meglio il cuore e i polmoni? e ci permetta di percepire l’esperienza che un paziente ha di sé e del suo mondo? e addirittura non solo in quel preciso momento, ma generalmente?

Esistono dunque *strumenti psicometrici*? Dei test che consentano di effettuare valutazioni quantitative delle risorse, delle idee, delle passioni, del modo di vedere il mondo e del comportamento umano?

Esistono. Che pretendono di saperlo fare. Ce ne sono alcuni particolarmente sofisticati (i cosiddetti test proiettivi – esempio principe *il test “delle macchie” di Rorschach*) – che richiedono però una competenza specifica dell’esaminatore, e, da parte di chi viene esaminato, l’accettazione a sottoporvisi e l’assenza di problemi percettivi ed espressivi, ma per la maggior parte si riducono a questionari a risposte multiple.

Questi questionari sono utili ed accettabili se utilizzati a livello epidemiologico su una data popolazione, ma hanno una sensibilita' e specificita' assolutamente inadeguata se si sottopongono ad un singolo paziente. Somigliano, se mi si permette un'analogia, ai tamponi rapidi per il coronavirus che danno molti falsi negativi. In questo caso, pero', il danno si avra' soprattutto rilevando falsi positivi. Ripetuti a distanza di tempo e in condizioni diverse (ad esempio con esaminatori diversi),infatti, quasi tutti questi questionari non sono in grado di replicare gli stessi risultati.

Mi si obiettera' che comunque l'ansia, la malinconia, la mania, la paranoia, la schizofrenia esistono in tutto il mondo e il problema operativo e' quello di uniformare trattamenti riconosciuti come efficaci. Senza per questo dover necessariamente esprimersi su quali sono le cause di quei quadri clinici. E', come dicevamo all'inizio, su questa considerazione che sono nati i DSM, che hanno accolto sollecitazioni dell'industria farmaceutica e, successivamente, della psicologia universitaria di matrice cognitivo-comportamentale.

I DSM nulla ci dicono, ne' pretendono di dirci, sulle *persone* portatrici dei segni e dei sintomi inquadrabili in *quel disturbo*; se *esiste* quel disturbo ci indirizzeranno verso uno *specifico trattamento*. Purtroppo, pero', non esistono trattamenti sempre efficaci. Ne deriva la presunta "necessita'" di molti servizi di ricorrere a varie comunita' (spesso veri e propri "manicomietti") per confinarvi in maniera quasi definitiva tutte le persone che hanno contribuito a "cronificare" con ripetuti trattamenti rivelatisi inutili e spesso nocivi ("non mi preoccupo piu' di che cosa dovrei fare con lui ma di dove metterlo!"). Cio' va a confermare il diffuso pregiudizio di *incurabilita' e inguaribilita'* della malattia mentale.

Non credo sia un caso che la stessa persona che conio' il termine "schizofrenia" nel 1911 (Eugen Bleurer) abbia affermato successivamente, secondo una testimonianza riportata da colleghi del figlio Manfred, anch'egli un importante psichiatra, che "non esiste la schizofrenia, esistono gli schizofrenici". E', con altre parole, lo stesso concetto espresso da Basaglia, quando a Sergio Zavoli che gli chiese se gli interessasse piu' il malato o la malattia, rispose "il malato, decisamente". La frase di Bleurer esprimeva gia' oltre un secolo fa la convinzione che ogni persona vive diversamente la sua malattia, e che da questa diversita' non si puo' prescindere se si da' prioritata' alla cura. Qual e' infatti il compito del medico (e dello psichiatra) se non *curare*? E proprio lo scarto tra questo compito ufficialmente assegnatogli e l'impatto

goriziano col manicomio, la sua violenza e il degrado dell'umanità ivi internata spinse Basaglia e i suoi collaboratori a offrire testimonianza nell' *Istituzione negata* della necessità di lavorare in tutt'altro modo.

Per prima cosa restituire la parola a chi vi era internato, a chi si era visto spogliare di tutto e così, parafrasando Primo Levi, aveva perduto la propria umanità. Per farlo occorreva togliere la parola (o meglio, sospenderla) alla cosiddetta scienza che pretendeva di sapere. Purtroppo rimane sostanzialmente vera la risposta di Basaglia a Zavoli alla domanda "Cos'è la follia?": "Cosa sia la follia non lo sa nessuno" (e, se vogliamo, lo confermano i vari DSM). Questi principi (la cosiddetta "messa tra parentesi della malattia" e l'intreccio inestricabile tra potere e sapere) non sono invenzioni di un antipsichiatra (come mai è stato Basaglia) ma corrispondono all'epoca della fenomenologia di Husserl (1) e all'indagine sull'archeologia dei saperi di Foucault (2).

I farmaci e i trattamenti psicoterapici diventano utili solo quando usati in un incontro/confronto con l'altro, messo nelle condizioni di esprimere, per superarlo quando e per quanto possibile, *nella situazione istituzionale* in cui vive, il conflitto di cui ci "parla" la sua follia che lo ha reso una vittima impotente. Un conflitto che è contemporaneamente intrapsichico, interpersonale e sociale.

Il manicomio (istituzione "totale" nel senso di Goffman, come un collegio, una nave, una caserma, un carcere: luogo in cui si è rinchiusi e si vive 24 ore al giorno sottoposti a regole definite da un potere che al recluso non appartiene) non è la sola istituzione che abitiamo. Siamo sempre collocati in *un sistema di regole date* che dovremmo conoscere per dividerle o metterle in discussione: in famiglia, nella scuola, nella fabbrica, in ospedale. La Costituzione ci attribuisce diritto di parola, come cittadini, come *soggetti*, per coglierne il senso e per non *subirle* passivamente.

Da queste considerazioni nasce la prima pratica di superamento dei manicomi, in due tappe: la prima la restituzione della parola, la seconda il diritto di tentare di ridefinire le regole dell'istituzione.

La prima tappa: la possibilità di esprimersi nell' *assemblea* (di reparto, generale) di medici, infermieri e operatori vari e soprattutto degli ospiti. La seconda: il diritto degli ospiti, ai quali verrà opportunamente attribuita la presidenza dell'assemblea stessa, di proporre nuove iniziative. Tutti i manicomi che a Venezia e a Treviso si

sono potuti superare hanno intrapreso questo primo passaggio, senza il quale non si sarebbe reso possibile un reale percorso di “liberazione” dall’istituzione. Ma il potere reale restava comunque allo psichiatra.

Si era “aperta una contraddizione”. Infatti una volta “liberata” la parola dei matti era diventato inevitabile farli “uscire” dall’istituzione, non essendo possibile ridefinire regole “interne” imposte da un potere scientifico ed amministrativo (in ultima istanza *politico*, in senso etimologico) a meno di consegnare il “Palazzo d’inverno” a persone prive delle risorse in primis economiche che consentissero di mantenere i servizi indispensabili in luoghi che soddisfacevano almeno i bisogni primari (mangiare, dormire, abbigliarsi, ricevere le cure mediche di base): non dimentichiamo che i manicomi nacquero anche come ristoro per i “mentecatti poveri” (esempio principe: i pellagrosari). Si sarebbe creato un potere potenzialmente ancora piu’ inadeguato e tendenzialmente tirannico. L’alternativa possibile all’uscita per chi non aveva casa avrebbe potuto forse essere (come e’ stato possibile in parte a Trieste) la “restituzione” alla citta’ degli spazi manicomiali, per ridefinirli come altro dal manicomio (alloggi, ristoranti, bar, aule, uffici). In tal caso qualcuno avrebbe potuto restarci ancora, volendo (e/o non potendo andare altrove). Bisognava comunque, qualunque strada si fosse scelta, abbattere i muri che separavano i manicomi dalla citta’, sia per “far uscire” i matti che per “far entrare” la citta’ stessa.

Fare uscire i matti non era facile: significava per prima cosa togliere loro la rassicurazione di non doversi occupare dei loro bisogni primari e di non poter piu’ essere comunque “controllati dall’esterno” quando si sentivano prede inerme delle loro “incomprensibili” rabbia ed aggressivita’.

Fine prima parte