

DOLORE, IL DIVENIRE CARNE DI UNA VERITÀ PARTE IV: DOLORE E ISTITUZIONE

Posted on 30 December 2021 by Enrico Orsenigo

Category: Letture

La quarta e ultima parte affronta il rapporto tra dolore, in modo particolare il dolore psicopatologico, e l'istituzione. Non avendo ancora raggiunto operativamente, in materia psichiatrica e psicologica, le riflessioni che molti fenomenologi, filosofi e psichiatri hanno condotto dagli anni cinquanta agli anni settanta, si ritiene indispensabile un ascolto e un approfondimento dentro le pagine degli *Scritti* di Franco Basaglia. Molte dinamiche sono cambiate dopo il 1978, grazie alla legge che ha portato l'Italia a chiudere i manicomi. Tuttavia, la via segnata da Basaglia e i suoi colleghi non è stata del tutto attraversata; certo, sono evidenti i cambiamenti (positivi e negativi) avvenuti in questi quarantatre anni; nondimeno, ma in maniera differente, il malato mentale funge ancora da capro espiatorio e da soggetto bersaglio di esclusione e violenza. Naturalmente questa quarta parte non vuole essere una critica serrata, una guerra senza quartiere a quanto è stato fatto nel dopo legge. Queste righe si configurano piuttosto come un ripensamento, una critica, una serie di stimoli e inviti verso quanto si deve ancora fare e che, certo, poteva essere già fatto.

Perché l'istituzione psichiatrica e non la pedagogia o il tempo libero? Veniva chiesto a Basaglia a proposito del servirsi del malato mentale per fare la *rivoluzione*. Anzitutto, precisava, non si tratta di una strumentalizzazione del

soggetto psichiatrico; per quanto concerne invece la domanda, perché proprio l'istituzione psichiatrica, la risposta è precisa: denunciare la catena di esclusione e maltrattamento, di cui fanno parte i malati mentali come anello ultimo della medesima catena. Il discorso è costituito almeno da due livelli: uno psichiatrico e uno politico. Psichiatrico perché l'istituzione qui chiamata in causa si occupa di malati mentali; politico perché sia l'internamento che la malattia sono dei prodotti della struttura sociale. Il discorso, e qui Basaglia coglie il nucleo portante del problema, non può non essere interrogato in tutti i campi della sua azione, altrimenti si limiterebbe a una trasformazione riformistica della scienza psichiatrica, lasciando invariato il discorso e i suoi movimenti all'interno del campo familiare, politico, antropologico; Basaglia: «[...] ci si ritroverebbe a trasferire l'etichettamento del malato su una nuova istituzione che si limiterebbe a capovolgere il negativo in positivo, senza neppure avvertire il cumulo di contraddizioni inconsce e di schemi che continueremmo a portarci appresso. Si resterebbe, come in ogni azione di rinnovamento parziale»[1].

La crisi del malato e della significazione umana che tale condizione, al pari delle altre ma diversamente, viene vissuta, è una crisi che è stata troppo spesso risolta attraverso delle misure riparative parziali. I temi della violenza, dell'abuso di potere e dell'aggressività sono temi che si estendono all'intera società, e che ricadono nel malato di mente (e non solo) trasformandolo nell'*ultimo* e in colui che nemmeno sa di essere considerato ultimo. La formazione del capro espiatorio, nei termini specificati più sopra, dischiude l'oggettivazione del malato che di fronte al medico, e più largamente di fronte alle istituzioni, si trova ad essere un corpo visto, analizzato, in un rapporto asimmetrico. Proprio a causa del vivere in un mondo-altro, non intercettabile attraverso i principi della scienza positivista, il vissuto del malato mentale viene considerato nella sua superficialità comportamentale – esclusione dalla possibilità di una profondità, di uno spazio vissuto, di un tempo vissuto, di una esegetica differente. Fintantoché una certa psichiatria e una certa psicologia

incontreranno i soggetti a partire dai loro comportamenti, in un rapporto asimmetrico che preclude ogni destino comune, ogni presa di consapevolezza di essere-nel-destino-comune, allora i soggetti malati nell'incontro si comporteranno *come li si vuole*. Di più: il malato diventa il malato della disciplina, una accozzaglia di comportamenti che restano entro i confini del mondo della prevedibilità, enucleazione del mondo della vita, e quindi non propriamente il mondo della vita. Questa continua ad essere l'anticamera che profonde un disagio diverso, che va a sommarsi e a stratificarsi al disagio patologico per cui si è chiesto l'intervento di cura. In questo senso psichiatria e psicologia trovano larga validità dei loro principi nei malati che rispondono con precisione alle vertiginose liste di sintomi e successivi effetti.

La malattia viene così a trasformarsi gradualmente in ciò che è l'istituzione psichiatrica e l'istituzione psichiatrica trova nel malato, costruito secondo i suoi parametri, la conferma alla validità dei suoi principi. [...] Con questo non si vuol negare che il malato mentale sia un malato. Ma, dall'esperienza che si è andata facendo nel capovolgimento di un'istituzione psichiatrica, egli si rivela estremamente lontano da ciò che la psichiatria e l'istituzione psichiatrica hanno finora ritenuto[2].

Quali sono i sintomi prodotti dal ricovero o più in generale dalla disciplina e quali originari della malattia o del disagio? Già in Bleuler esiste la visione per cui un malato deve essere abituato all'istituto. Che significa che il malato, una volta accolto, deve accogliere a sua volta una serie di disposizioni e abitudini che gli vengono presentate come visuali che spiegano lui stesso, o meglio la sua malattia per come viene riconosciuta e studiata fino al momento del suo ricovero. Gesti, atti, pensieri simulacro esercitabili prima di tutto entro i confini dei luoghi in cui l'istituzione psichiatrica e psicologica operano, e solo poi nella società. Una tecnologia del sé rivista e costruita attraverso le simulazioni in reparto. Un contenuto nuovo per una soggettività non emersa, non vista, raramente ascoltata. Nondimeno, gesti, atti, pensieri simulacro che conducono alla presa di coscienza della propria malattia, non proprio la verità

della malattia divenuta carne ma la malattia come fenomeno mediato dalle catalogazioni cliniche diagnostiche. Un assemblamento comportamentale e strategico, poiché mette i professionisti, i cosiddetti sani, nella condizione di vincitori o regolatori, detentori del linguaggio che deve essere, senza variazioni. Questa è la fase in cui il malato è già «corpo istituzionalizzato», mozzato nei suoi tentativi di *acting-out* per la riconquista del corpo proprio. Ogni tentativo difensivo viene neutralizzato attraverso la logica dell'istituto che si insinua nel malato escludendolo da ogni possibilità di venire preso in causa con la sua soggettività, con i racconti fulgidi e strazianti della propria vita e del proprio sentire.

Ancora la parola a Basaglia:

> *È qui che entra in gioco l'azione di una istituzione basata su un'intenzionalità comunitariamente vissuta, nella quale il malato si sente coinvolto così da poter ricostruire la propria intenzionalità umana. In questo senso il fatto di non avere un corpo ma di essere corpo nell'istituzione, può accelerare l'emergere di queste istanze personali, attraverso un corpo istituzionale che viva globalmente secondo una ben precisa intenzionalità*[3].

La sofferenza del malato viene generata dalla mancanza di un intervallo tra l'io e il corpo, tra il corpo e il mondo, e in questo senso vive la privazione di ogni possibilità difensiva; l'assenza di tale intervallo dischiude alla continua presenza di "folate" di violenza a cadenza definita dal fuori. Il malato deve appropriarsi di sé, deve tornare o ritornare capace di opposizione. Ma non è tutto: medico, psicologo, infermiere, tutti gli attori presenti e che giocano il ruolo di cura e di potere, devono appropriarsi di se stessi; e questa libertà può passare attraverso un rapporto vivo nelle significazioni umane e altre del malato, a partire dalla husserliana pre-comunicazione, una percezione dell'altro come fenomeno di accoppiamento che anticipa ogni cosificazione e incasellamento. Una liberazione doppia che garantisce i ruoli ma anche la loro

assenza, la catalogazione ma anche la sua messa tra parentesi. In questo senso, la malattia ha e non ha peso. Il corpo emerge nella percezione dell'altro in uno spazio che può essere vissuto, in un tempo che accetta le significazioni perché aperto a possibili modi di datità dell'alterità[4].

Le istituzioni nella società automatica non sono più le istituzioni nella società del capitale. La loro facciata è la stessa, salvo un carico maggiore a livello digitale, con conseguente impossibilità di accedere a tutti i servizi nel momento in cui non si possiedono le esatte competenze per la navigazione. Il grado di visibilità dei soggetti è maggiore, minore il grado di visibilità delle loro soggettività. Dopo un trentennio di accelerazione che ha condotto le istituzioni stesse a una iperdensificazione già approfondita nelle parti precedenti di questo scritto, si è giunti allo stallo, al grumo, all'impossibilità di movimento che nella relazione interpersonale si trasforma in impossibilità di ascolto, sguardo, silenzio. Il grumo da eccesso di densità, in materia istituzionale, ha sostituito la velocità della società del capitale, dove ogni flusso si intersecava ad ogni altro, mantenendo un certo grado di dialettica che, oggi, va via via riducendosi a causa di una linea di forza, chiamata semplificazione, che attraversa di netto la complessità, livellando i campi della vita nella parvenza del *già visto*. Forse, nella società del capitale, c'era ancora traccia di una considerazione ad ampio raggio delle soggettività; ora, invece, le operazioni di oggettivazione e oggettificazione schiacciano le soggettività. Naturalmente, esistono dei gradi, e l'ultimo continua a costituirsi appunto degli ultimi, i malati mentali, i poveri, gli stranieri, gli irregolari, i disadattati.

In una società simile, la penuria in materia socio-economica e di senso di appartenenza raggiunge la maggioranza. Familiare, scolastica, carceraria, ospedaliera, sono solo alcune tra le principali istituzioni in cui viene praticata la cura e la violenza; entrambe le pratiche, o meglio le costellazioni di pratiche che vanno a organizzare gli agiti di cura e di violenza, si giustificano sul piano della necessità, formando le cosiddette «finalità educativa, della "colpa" e della "malattia"»[5]. L'entrata nella società automatica, attraverso

l'automazione dei principali flussi di scambio simbolico ed economico, lo sbilanciamento nel rapporto tra globale/locale, il passaggio dalla disciplina all'adeguatezza in materia di prestazione e più generalmente nel comportamento, ha sancito anche l'entrata in una nuova rete di fenomeni di esclusione, aggiustamento, adattamento, inserimento dei soggetti in rapporto al mondo. Nuove figure di tecnici sono nate per amministrare questo nuovo volto di vecchi fenomeni. Lo psichiatra sociale, il neuropsicologo, l'ecopsicologo, il sociologo industriale, il counsellor clinico, lo psicologo d'azienda o di fabbrica, sono solo alcune delle figure tecniche che amministrano la violenza del potere. Così, a proposito di tale violenza, si esprimeva Basaglia nel 1968: «Il loro compito – che viene definito terapeutico-orientativo – è quello di adattare gli individui ad accettare la loro condizione di "oggetti di violenza", dando per scontato che l'essere oggetto di violenza sia l'unica realtà loro concessa, al di là delle diverse modalità di adattamento che potranno adottare»[6].

Evidentemente, aumentando le figure deputate alla amministrazione del benessere dei soggetti, di conseguenza va aumentando anche lo standard prestazionale richiesto; in una società del benessere è tale anche e soprattutto perché deve mantenere un determinato movimento di produzione e di consumo. Tuttavia, un simile standard e un simile movimento, innalzano il rischio di ammalarsi. Quando il soggetto ammalato necessita di una consulenza o di un colloquio clinico privato con una delle figure sopra citate, deve essere a conoscenza del fatto che la disponibilità ad accedere privatamente nello spazio di una di queste figure è in stretto rapporto con la sua condizione sociale ed economica. Perché, non è male sottolinearlo, non tutti possono avere il rapporto diretto con la figura che nel luogo di lavoro si è presentata come tecnico del benessere. Quando si richiede il rovescio, ovvero l'entrata nel luogo privato di amministrazione del benessere, non è detto che la condizione dell'interessato sia sufficiente affinché l'incontro avvenga. In questo senso, nella società di produzione e consumo, che oggi è anche

automatica, il ventaglio delle proposte di cura e di conseguenza il superamento della malattia, si apre in base al potere contrattuale del paziente.

Non è questo il luogo per approfondire l'estesa questione della psichiatria e psicologia nel sistema sanitario pubblico. Tuttavia si può sinteticamente affermare che, pur essendo due istituzioni centrali nella vita delle comunità, mantengono la problematica individuale della doppia condizione sopra citata e ne aggiungono una terza, ovvero *il ritardo*: gli incontri vengono fissati a distanze irragionevoli, senza tenere conto del patimento e più in generale del mondo della vita del soggetto che patisce. Una presa in carico dilatata, che lascia la persona in balia delle sue profondità, nello scuotimento della fondazione emozionale e delle catene umbratili del pensiero. Una richiesta d'aiuto a cui viene data sì una risposta, ma troppo spesso una simile risposta lascia intravvedere il soverchiamento in atto del tecnicismo sulla comprensione. La questione, come suddetto, non può essere esaurita tenendo conto solamente del nucleo centrale, ovvero la persona che chiede aiuto.

Si conclude questa quarta ed ultima parte con le parole qui di seguito, nella speranza che la loro operatività e forza divenga una vera e propria propulsione all'avvenire:

> *Vivere dialetticamente le contraddizioni del reale è dunque l'aspetto terapeutico del nostro lavoro. Se tali contraddizioni [...] vengono affrontate dialetticamente; se le prevaricazioni degli uni sugli altri e la tecnica del capro espiatorio – anziché essere accettati come inevitabili – vengono dialetticamente discusse, così da permettere di comprendere le dinamiche interne, allora la comunità diventa terapeutica. [...] Se il malato non ha alternative [...] si troverà imprigionato nel terreno psichiatrico, così come si trovava imprigionato nel mondo esterno di cui non riusciva ad affrontare dialetticamente le contraddizioni. Come la realtà che non riusciva a contestare, l'istituto cui non può opporsi, non gli lascia che un unico scampo: la fuga nella produzione psicotica, il rifugio*

> *nel delirio dove non c'è né contraddizione né dialettica.*[7]

Note:

[1] F. Basaglia, *Scritti. 1953-1980*, il Saggiatore, Milano 2017, p. 416.

[2] F. Basaglia, *Scritti...*, cit., p. 421.

[3] Ivi, p. 426.

[4] E. Husserl, *Cartesianische Meditationen,* Paris 1931 (*Meditazioni cartesiane e Lezioni parigine*, a cura di F. Costa, Bompiani, Milano 1988).

[5] F. Basaglia, *Scritti...*, cit., p. 461.

[6] Id., *L'istituzione della violenza*, in *Scritti. 1953-1980*, cit., p. 462. Il capitolo appare per la prima volta in F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968.

[7] F. Basaglia, *L'istituzione della violenza...*, cit., pp. 475-476.