

# QUADERNI *di* CULTURA JUNGHIANA

Rivista annuale a cura del Centro Italiano di Psicologia Analitica  
Istituto di Roma e dell'Italia centrale

*La follia: modelli della psiche e approcci terapeutici*  
*La psicologia analitica a 100 anni dalla nascita di Franco Basaglia*

a cura di Franco Bellotti, Angiola Iapocce, Giuseppe M. Vadalà

Nuova serie n° 5 – 2024

## **Quaderni di Cultura Junghiana – Nuova serie**

Rivista annuale on line – <https://quadernidiculturajunghiana.it/>

a cura del Centro Italiano di Psicologia Analitica – Istituto di Roma e dell'Italia centrale

### **Direttrice Responsabile**

Angiola Iapoce

### **Direttore Scientifico**

Michele Accettella

### **Rappresentante della Commissione Scientifica**

Michele Accettella

### **Comitato di redazione**

Michele Accettella, Franco Bellotti, Aldo Cichetti, Francesco Di Nuovo, Angiola Iapoce, Roberto Manciocchi, Anna Moncelli, Caterina Romagnoli, Giuseppe M. Vadalà

### **Redattrice capo**

Anna Moncelli

### **Comitato scientifico**

Angela Ales Bello, Luigi Aversa, Eugenio Borgna†, Vito Marino De Marinis, Filippo Maria Ferro, Fiorinda Li Vigni, Giuseppe Martini, Fabrizio Michetti, Enzo Vittorio Trapanese, Lorenzo Zipparrì

© CIPA – Istituto di Roma e dell'Italia centrale

Sede: Centro Italiano di Psicologia Analitica

Via Savoia 23 – 00198 Roma

+39 06 3231662

+39 373 7497631

[cipa@mclink.it](mailto:cipa@mclink.it)

Registrazione del Tribunale di Roma n° 167/2018 con decreto dell'11/10/2018

Nuova serie n° 5 – 2024

Impaginazione digitale e allestimento copertina a cura di Luca Mozzicarelli

In copertina: Marco Cavallo

È consentito citare e copiare parti dei testi contenuti a condizione che: si citi la fonte, si citi l'autore, non si modifichi il contenuto, non si faccia dell'opera un uso a scopo di lucro o commerciale.

Le immagini contenute in questo volume sono di facile reperimento su internet e considerate di pubblico dominio. Qualora la loro pubblicazione violasse eventuali diritti, si voglia gentilmente darne comunicazione all'indirizzo: [cipa@mclink.it](mailto:cipa@mclink.it) e i contenuti in questione saranno prontamente rimossi.

# Marco Cavallo

Non si può certo dire che tutto abbia avuto inizio dalla vicenda di Marco Cavallo, ma che in questa vicenda si condensi a meraviglia il succo di quella storia di *riconoscimento* e di *redenzione* che finì per essere la 180, questo sì, a buon diritto, possiamo sostenerlo.

In breve, dunque, la vicenda di Marco Cavallo.

Il cavallo Marco (questo il nome datogli dai pazienti del Manicomio di Trieste) dal 1959 era la bestia da soma di quel luogo: giorno per giorno vi trainava il carretto della lavanderia, dei rifiuti e di altro ancora.

Marco Cavallo potrebbe dunque essere situato al punto più deietto della scala delle creature lì viventi, e quando la sua vita sembrò infine approssimarsi all'ultima ora, quell'altro punto deietto, che lì viveva, in immediata simmetria di vita, si prese a cuore la sua sorte: incantevole solidarietà, questa, forse così non tanto frequente tra gli ultimi!

Fu così che nel giugno del 1972 i ricoverati del Manicomio di Trieste si presero il pensiero d'indirizzare una lettera a Michele Zanetti, illuminato democristiano del tempo, presidente della Provincia di Trieste – che qui merita certamente di essere menzionato, quale prezioso interlocutore istituzionale di Franco Basaglia e poi suo caro amico; senza di lui, infatti, chissà come sarebbe andata la storia di cui si narra!

In quel testo, scritto in prima persona, come fosse stato redatto dallo stesso Marco Cavallo, se ne chiedeva un dignitoso “pensionamento” all'interno della struttura, il Manicomio, ove la povera bestia aveva da sempre faticato, in luogo della sua macellazione. E ciò, sia per i meriti lavorativi acquisiti sul campo, sia per l'affetto che tutti, ma proprio tutti, operatori e pazienti, per lui nutrivano.

E non solo questo. In quella lettera ci si assumeva anche l'impegno di addossarsi l'onere delle spese relative: tanto per il versamento di una somma pari al ricavato della vendita per la macellazione, quanto per il suo mantenimento per la restante vita.

Il 30 ottobre dello stesso anno la Provincia di Trieste accolse la richiesta, stanziando l'acquisto di un motocarro in sostituzione del cavallo, che veniva quindi ceduto e affidato alle cure dei suoi salvatori.

Si arriva così al 1973. Avvenne dunque che il drammaturgo Giuliano Scabia e l'artista Vittorio Basaglia, insieme ad alcuni operatori, infermieri e pazienti, idearono il Marco Cavallo. Era questo un monumentale cavallo di legno e cartapesta che raffigurava l'animale reale: insomma, il simbolo della fine dell'isolamento dei malati mentali, un “cavallo di Troia”, contenitore e veicolo speciale *d'irradimento*, luogo di infiniti sentieri, delle istanze di libertà e umanità dei malati.

I pazienti non parteciparono direttamente della sua costruzione, ma furono coinvolti nella scelta dei suoi contenuti artistici e immaginifici: ne decisero infatti il colore azzurro,

simbolo della gioia di vivere e vollero che la “pancia” del cavallo contenesse i loro più profondi aneliti.

Il problema si presentò in occasione della prima esibizione nel febbraio di quell’anno. E per un momento, sembrò la fine di un sogno: costruita all’interno della struttura, non si era infatti tenuto conto dell’altezza dell’opera, sproporzionatamente sovradimensionata rispetto a tutte le porte dell’ospedale. Marco Cavallo, con profonda frustrazione dei pazienti, rischiava di rimanere recluso nello spazio dell’ospedale: e quale metafora mortifera ciò ebbe certamente a rappresentare per l’ineludibile paragone con la condizione dei malati.

L’impasse però fu superata con la decisione di sfondare alcune porte e un architrave; ciò permise l’uscita dell’installazione dall’ospedale, con l’iscrizione di una nuova metafora, questa sì, di vita piena.

*Francesco Di Nuovo*

# INDICE

<b>Editoriale</b>	7
<b>...Attraverso il cuore... ricordando la mitezza di Eugenio Borgna</b> <i>Un ricordo di Luigi Aversa</i>	13
<b>Immagini</b>	15
<b>Angiola Iapoce in dialogo con Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio</b>	17
<b>Note filosofiche (con aspetti autobiografici)</b> <i>Pierangelo Di Vittorio</i>	33
<b>Quattro chiacchiere prima della <i>puntura</i>. Basaglia, la potenza, il miracolo, la liberazione e la salvezza</b> <i>Francesco Di Nuovo</i>	37
<b>Immagini</b>	41
<b>Memorie dei tempi basagliani</b> <i>Giuseppe Martini</i>	43
<b>Alcune riflessioni sui servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche. Essere psicoanalisti all'interno di un servizio psichiatrico, oggi</b> <i>Maria Antonina Cannella</i>	51
<b>La cura della persona con disagio psichiatrico dopo la Legge 180</b> <i>Caterina Romagnoli in dialogo con Giuseppe Ducci</i>	57
<b>Jung e Basaglia: verso un rinnovato rapporto medico-paziente</b> <i>Chiara Giubellini</i>	71
<b>Voci. È meglio non parlarne...?</b> <i>Silvia Mariani</i>	77

<b>Philip K. Dick fantapsicologo. Lezioni di antipsichiatria di uno scrittore speculativo</b> <i>Ivan Di Marco</i>	89
<b>La metafora come possibilità di comunicazione del dolore?</b> <i>Martina Saraceni</i>	101
<b>Immagini</b>	110
<hr/> <b>INVITO ALLA LETTURA, a cura Francesco Di Nuovo e Roberto Manciocchi</b> <hr/>	
<b>Enrico Ferrari, <i>La bellezza salverà la psiche? Sguardi sull'anima e sul mondo</i></b> <i>Angiola Iapoce</i>	115
<b>Bianca Gallerano e Alessandra Albani (a cura di), <i>Madri e figlie tra identità e differenza(e). Prospettive teorico-cliniche in un orizzonte junghiano</i></b> <i>Anna Moncelli</i>	119
<b><i>Povere creature! (Poor Things)</i></b> <i>Miriam Dambrosio</i>	121
Gli autori	127
Norme redazionali	130

## Editoriale

Questo è un numero particolare, si tratta di un numero monografico dedicato alla figura e all'opera di Franco Basaglia. Nel 2024 ricorrevano i 100 anni dalla sua nascita e molte sono state le iniziative a lui dedicate. Anche noi della Redazione abbiamo voluto ricordare una figura così significativa per la psichiatria e per lo sviluppo della società, e non solo italiana, poiché la rilevanza delle sue idee e della sua visione della pratica psichiatrica ha oltrepassato i confini nazionali, trovando ricezione negli altri paesi europei<sup>1</sup> e anche oltreoceano, specialmente in Brasile e in Argentina, paesi in cui il metodo basagliano trova ancora oggi larghissimo seguito. L'OMS indica la Legge 180, che porta il suo nome, come la migliore legge per il trattamento della salute mentale e considera l'Italia il Paese che dispone della legislazione più rispettosa dei diritti delle persone con disturbi mentali.

Quella di Basaglia è stata una vera e propria rivoluzione, basti pensare che la chiusura dei manicomi ha portato alla diffusione sul territorio di strutture di accoglienza e di cura: i CIM, gli SPDC, le case famiglie, strutture di comunità, cooperative ecc., realtà oggi per noi “normali”.

Si tratta di cose note ma lo ricordiamo per le generazioni più giovani che magari non pensano che l'attuale diffusione sul territorio di tutte le più varie strutture dedicate a prendersi cura dei disturbi mentali è stata il risultato di una battaglia sociale e politica guidata *in primis* da Franco Basaglia, a cui hanno fatto seguito molti psichiatri e operatori; e non dobbiamo neppure dimenticare le più generali lotte per la liberazione da ogni gerarchia autoritaria di cui è stata protagonista la cultura e la società tra la fine degli anni '60 e gli anni '70.

Dobbiamo, tuttavia, onestamente riconoscere che alla legge e alle sue intenzioni talvolta non è seguita una altrettanto valida sua applicazione: troppo spesso il peso dei malati mentali è ricaduto sulle famiglie e troppo spesso si è persa la specificità psichiatrica per favorire strutture generiche di contenimento, lontane dalla cura. Ma, nonostante le critiche, il passo è stato compiuto e oggi possiamo e dobbiamo solo migliorare tutto ciò e non certo pensare di tornare indietro.

In questo editoriale ci preme soprattutto sottolineare che l'introduzione del “metodo” basagliano ha comportato un vero e proprio cambio di paradigma, e non solo nella psichiatria: dopo di lui ciò che si è trasformato, nelle menti delle persone e nella società nel suo

---

<sup>1</sup> Ricordiamo la giornalista finlandese Pikko Peltonen che girò, con il sostegno della tv finlandese, un documentario al manicomio di Gorizia nel 1968, dal titolo *La favola del serpente*, un documentario molto bello, sia pure nella sua imperfezione “tecnica”, che racconta i primi momenti della “rivoluzione” messa in atto da Basaglia. Lo si può vedere al seguente indirizzo: <https://www.youtube.com/watch?v=0iNUax7sTKA>.

complesso, è stato proprio *l'approccio alla malattia mentale*. Basaglia per primo aveva visto che la realtà dei manicomi stringeva la follia in una morsa che aggravava la malattia stessa e ne impediva una comprensione più profonda e con questo la possibilità di comprenderla *per ciò che era*. La storia di Basaglia è la storia della possibilità di un cambiamento, è la storia di idee e pratiche che, pensate e volute, hanno trasformato il possibile in reale.

La rottura con la psichiatria di stampo positivista è stata insanabile: “quando una persona soffre di disturbi psichici *è la sua vita stessa che si è danneggiata* e per la ‘vita’ non ci sono ancora farmaci adeguati”, era una espressione di uso corrente all’epoca. Certamente oggi il rapporto della psichiatria con la farmacologia si è ammorbidito rispetto a sessant’anni fa, ma rimane sempre la centralità del punto di vista e della teoria di riferimento: è ben differente somministrare psicofarmaci con l’idea della loro *unica* possibilità curativa rispetto al somministrare gli stessi psicofarmaci avendo come prospettiva un essere umano, una persona, un cittadino, qualcuno che ha un nome e un cognome, che ha comunque reti di relazioni e che riveste una propria dignità. Si tratta di prospettive antropologiche e di visioni del mondo che non si conciliano con una visione positivista o esclusivamente organicistica che vedono in un paziente esclusivamente l’oggetto di un loro sapere indiscutibile; l’essere umano nella sua totalità e soggettività meglio si inserisce in teorie filosofiche che hanno storie e tradizioni di pensiero consolidate e in teorie psicologiche che, derivate dalle prime, non hanno perduto l’attenzione alla complessità dell’esistenza.

Con la radicalità del suo pensiero, Franco Basaglia ha messo in discussione la stessa base epistemologica della psichiatria, affermando che il manicomio si basa su una non-scienza ma serve a mantenere in stato di isolamento e segregazione i “diversi”, coloro che non entrano all’interno dei parametri ritenuti normali dalla società civile, soprattutto tiene lontano i “pericolosi”, i “violenti” che rappresentano una minaccia per l’ordinata ed “educata” società civile: nulla a che vedere con la “cura”.

Noi, da psicologi analisti, riteniamo che l’essere umano sia un *unicum*, non scomponibile se non per esigenze momentanee, ma che debba sempre essere successivamente ricomposto nelle nostre menti e nelle nostre visioni del mondo. Riteniamo anche che esista un legame inscindibile tra il singolo e il mondo-ambiente in cui vive e che i suoi propri problemi trovino un alveo di significato all’interno del posto in cui si trova a vivere.

Crediamo che si debba tornare a riflettere su tutto questo; dobbiamo evitare ogni posizione riduzionistica, e riuscire ad “abitare” la complessità, la complessità dell’essere umano nella sua singolarità e la complessità della società in cui ci troviamo a vivere, così come la complessità di questo mondo che oggi sembra anche non avere più confini. Stare nella complessità non è facile perché si tratta di una ricoeriana “via lunga” che prevede tempi lunghi, attenzione direzionata in modo costante, anche se non continuo; prevede considerazione di tutti gli aspetti affettivi, quegli aspetti “patici” che per lo più sono bollati come insignificanti o addirittura “perdenti”. Insomma, prevede “stare lì”, esserci all’interno di questa complessità, e “stare lì” è la posizione che ogni psicoterapeuta deve incarnare. La complessità esige un’attenzione particolare a quello che solitamente è visto come un “dettaglio”, e deve essere accompagnata da una dimensione temporale che sia al suo servizio più che al servizio di *Kronos*; una complessità entro cui si vivono relazioni che non sono di causa-effetto ma che prevedono i segni del tempo della storia, dei tempi degli affetti, dei sogni e dell’utopia.

Aby Warburg definisce la cultura, in senso lato, “un groviglio di serpenti vivi”, un’immagine che è stata ripresa da Didi-Huberman per indicare la complessità non semplificabile e la conservazione della vivezza nella dinamica della memoria: «La “permanenza della cultura” non si esprime come un’*essenza*, un tratto globale o un archetipo, bensì come un *sintomo*, un tratto d’eccezione, una cosa spostata. La *tenacia* delle sopravvivenze, il loro stesso “potere” [...] emergono nella *tenuità* di cose minuscole, superflue, irrisorie o anormali» (Didi-Huberman 2006, p. 56). Didi-Huberman parla delle sopravvivenze, i *Nachleben*, per collocare in una posizione defilata ma vitale il punto di vista sulla tradizione e sul passato, per criticare «la semplificazione dei modelli di tempo, la loro diluizione in un essenzialismo della cultura e della *psyche*» (Ivi, pp. 62-63).

Ripensare Basaglia oggi implica anche non dimenticare la complessità e la storia degli sguardi filosofici sul soggetto e anche poter tornare sui fondamenti filosofici che hanno sostenuto lo stesso Basaglia. Quando era giovane assistente all’Università di Padova, il primario lo accusava di leggere troppi libri di filosofia, lo appellava come “il filosofo”, con una coloritura certamente non di apprezzamento. Non vogliamo qui riportare le tante letture filosofiche che hanno nutrito il pensiero di Franco Basaglia, si possono trovare indicate e argomentate in questo numero nell’intervista a Mario Colucci e a Pierangelo Di Vittorio e nelle note filosofiche di Pierangelo Di Vittorio.

Desideriamo però concludere riflettendo sul fatto che non esiste pratica psichiatrica, psicologica o psicoterapeutica che non debba avere una visione teorica di pensiero a cui fare riferimento. A volte oggi, in modo troppo superficiale, si privilegia la pratica e si tende a mettere in un canto la teoria, soprattutto quella filosofica, che viene indicata come troppo astratta e lontana dall’esperienza. A volte questo è anche vero, ma non dobbiamo dimenticare che Basaglia ha costruito *un sapere tratto dall’esperienza*, una conoscenza che è stata tutt’altro che astratta ma che derivava proprio da quell’esperienza manicomiale in cui era stato “gettato” senza che ne sapesse nulla. E quello di Basaglia è un sapere che riesce, secondo me in modo magistrale, ad intrecciare la propria esperienza nel manicomio con quelle teorie filosofiche che meglio si agganciano all’esperienza stessa.

E oggi possiamo dire che, dopo la sua rivoluzione, abitiamo una “normalità” più “larga”, e disponiamo di una soglia più mobile tra “normalità” e “follia”, in modo tale che riusciamo a pensare i due termini non come dicotomici ma come complementari.

Entrando nei singoli articoli per una breve disamina – ma rimandiamo ad una loro lettura diretta – compare all’inizio un dialogo tra Angiola Iapoce, lo psichiatra **Mauro Colucci** e il filosofo **Pierangelo Di Vittorio** i quali, da lungo tempo, coltivano il pensiero basagliano. Fuori da ogni retorica celebrativa e ideologica, presentano la visione della psichiatria portata avanti da Franco Basaglia, mettendone in risalto le matrici filosofiche e socio-politiche a partire da riflessioni che filosofi quali Georges Bataille o Michel Foucault diffondevano a partire dalla Francia.

In particolare, Foucault aveva denunciato l’intreccio stretto tra le istituzioni e i dispositivi del potere, che Basaglia tradusse in una visione “democratica” delle istituzioni psichiatriche. Si trattava di una visione di democrazia perché la malattia andava a colpire proprio le libertà dell’individuo, libertà che ricevevano una ulteriore limitazione dalla segregazione manicomiale, raddoppiando, per così dire, la malattia mentale stessa. Una democratizzazione che fu so-

stenuta anche da centinaia di infermieri, operatori sociali, medici, volontari e dirigenti politici delle amministrazioni, un movimento tale da permettere di arrivare alla sua formalizzazione nella Legge 180.

Una legge che purtroppo, come si può leggere anche negli interventi di Giuseppe Martini e Maria Antonina Cannella, non è mai stata applicata del tutto perché Basaglia morì prematuramente e non ci fu una ulteriore elaborazione teorica da tradurre sul piano istituzionale.

**Francesco Di Nuovo**, con la sua consueta ironia, ci “regala” con *Quattro chiacchiere prima della puntura* una testimonianza di un suo paziente che, più di qualsiasi trattato di psicologia, di psichiatria e quant’altro, ci racconta come, senza aver mai letto nulla di quella lotta per la libertà di cui parlava Basaglia, abbia cambiato il modo di relazione fra lui e il medico. Maurizio, questo è il suo nome, ha capito che la “guarigione” era la conquista di una libertà che gli era stata negata e che un signore di nome Basaglia era stato il primo a indicare la strada.

**Giuseppe Martini** ci porta la sua testimonianza, anche questa fuori da ogni retorica, che parte dal racconto di quando, da studente in una Università di provincia, giunse a Roma, diventando primario all’Ospedale Santo Spirito. Ci racconta questo percorso come lo aveva vissuto da giovane specializzando, pieno di entusiasmo per le innovazioni psichiatriche ma anche, fin da allora, profondamente “innamorato” della psicoanalisi, due orizzonti che potevano avere anche parecchi punti di attrito; e Martini sottolinea nell’articolo il suo profondo e costante impegno per tentare di introdurre la psicoanalisi nell’istituzione, cercando di farla diventare strumento non dismissibile. La conclusione, pessimista, riporta ad una psichiatria dei nostri giorni manageriale e organicistica, che ha perduto quello spirito militante che prima l’aveva caratterizzata, sia pure con alcune ombre.

Sulla stessa lunghezza d’onda è la testimonianza di **Maria Antonina Cannella**, anche lei partita con l’entusiasmo di giovane psichiatra e con il desiderio di portare nelle istituzioni la psicologia analitica junghiana. Forse memore di quella famosa frase che Jung scrisse a Freud in una lettera dove disse: senza la psicoanalisi «la psichiatria va a sbattere inevitabilmente contro un muro», desiderava offrire un tipo di intervento terapeutico più consono, appunto, a riconoscere l’unicità di ogni singolo utente.

Si augura che per il futuro, sfruttando posizioni più apicali, si possa introdurre una visione del lavoro istituzionale, seguendo l’insegnamento junghiano, «in termini più simbolici e collettivi per riportare la riflessione su dimensioni meno concrete e per questo più illuminate».

L’intervista di Caterina Romagnoli a **Giuseppe Ducci**, direttore del DSM Roma 1, ripercorre i cambiamenti nell’assistenza psichiatrica in Italia dopo la Legge Basaglia del 1978, con particolare attenzione al processo di deistituzionalizzazione e all’inclusione sociale dei pazienti. Lo psichiatra sottolinea l’importanza di adattare i servizi ai bisogni attuali, integrando neuroscienze e nuovi approcci terapeutici. Nella pratica odierna emergono problematiche legate alle dipendenze, ai disturbi del neuro-sviluppo e all’uso eccessivo delle nuove tecnologie. Il DSM da lui diretto adotta modelli multidisciplinari e preventivi, enfatizzando la continuità delle cure e il coinvolgimento delle famiglie. L’obiettivo rimane una salute mentale accessibile, inclusiva e orientata al recupero.

Il confronto che **Chiara Giubellini** opera tra Jung e Basaglia evidenzia il loro comune impegno nel ridefinire il rapporto medico-paziente, promuovendo la reciprocità e superando le dinamiche di potere. Entrambi sottolineano l’importanza di una relazione terapeutica ba-

sata su apertura e comprensione, anziché su categorizzazioni rigide. Basaglia ha lottato per integrare i pazienti nella società, Jung ha inoltre esplorato la necessità di integrare l'inconscio con il conscio. Il loro approccio condivide un *focus* sulla soggettività e sulla responsabilità reciproca. Ci auguriamo che l'articolo abbia gettato quel seme per proseguire nell'accostare Jung e Basaglia, due personalità che avvicinate potrebbero sembrare esplosive, e per continuare a dissodare il terreno comune di decisa critica alle logiche di controllo delle istituzioni e di valorizzazione del rapporto umano quale fulcro della cura.

**Silvia Mariani** esplora quel fenomeno particolare che è “sentire le voci”, riportandoci la sua esperienza diretta di terapeuta e le riflessioni teoriche e cliniche che ne conseguono. Storicamente legato a contesti religiosi o esoterici, oggi è spesso associato a diagnosi psichiatriche, ma in verità non sempre indica una patologia. Esperienze come quelle descritte dai gruppi di uditori di voci dimostrano l'importanza di accettare e comprendere queste manifestazioni per migliorare la qualità della vita. L'approccio *recovery-oriented* promuove l'integrazione sociale e la gestione consapevole delle voci, anziché il reprimerle. Il lavoro educativo e terapeutico punta a trasformare le voci in strumenti di crescita personale e a non relegarli a elementi di stigma o isolamento.

Il contributo di **Ivan di Marco** indaga il tema della follia e della psicologia attraverso l'opera di Philip K. Dick, in particolare il romanzo *Follia per sette clan*. L'autore lo analizza come metafora della psiche umana e della sua relazione con la società, soffermandosi sull'equilibrio tra sanità e malattia mentale. La narrazione di Dick, che immagina una colonia lunare abitata da diversi “clan” di malati mentali, diventa occasione per riflettere sulla natura fluida della psiche e sui limiti della psichiatria tradizionale. L'opera è interpretata come una critica alla società contemporanea e al concetto di normalità, proponendo una visione in cui il dialogo e l'integrazione sono essenziali per superare l'alienazione.

L'articolo di **Martina Saraceni** si focalizza sulla metafora come strumento chiave per comunicare il dolore, sottolineando l'importanza della Medicina Narrativa nel favorire il dialogo tra medico e paziente. Grazie al linguaggio metaforico, si superano le difficoltà nell'esprimere le esperienze soggettive, rendendo il dolore più comprensibile e condivisibile. L'esposizione di un caso clinico dimostra come la fiducia e l'uso di azioni simboliche possano trasformare comportamenti autodistruttivi in processi di guarigione creativa. La relazione terapeutica emerge come un pilastro della cura, insieme alla capacità dell'operatore di accogliere e contenere il dolore altrui, facilitando un cambiamento profondo e significativo.

Il numero si completa con due recensioni: una di Angiola Iapoce al libro di Enrico Ferrari *La bellezza salverà la psiche?*; l'altra di Anna Moncelli al libro di Bianca Gallerano e Alessandra Albani (a cura di) *Madri e figlie tra identità e differenza(e)*. A chiusura un commento personale e “controcorrente” di Miriam Dambrosio al film del 2003 *Povere creature!*

Buona lettura!

Franco Bellotti, Angiola Iapoce, Giuseppe M. Vadalà



# ...Attraverso il cuore... ricordando la mitezza di Eugenio Borgna

*Un ricordo di Luigi Aversa*

Il 4 dicembre scorso, nel 2024, è mancato improvvisamente Eugenio Borgna, grande studioso e grande nome della psichiatria italiana, di quella psichiatria che si è sempre rifiutata di considerare la follia esclusivamente una malattia, uno stigma, ma che ha sempre, pur essendo un grande clinico, capito il senso profondo della diagnosi contrariamente all'imperversare dei vari manuali DSM, ecc. ecc. Il senso etimologico del termine diagnosi, dal greco *dia-gnosis*, infatti vuol dire conoscenza-attraverso. La follia non è solo malattia, etichetta, ma anche un'altra possibile espressione della Psiche, che in quanto *psichè*, soffio appunto, come dicevano i Greci, attraversa la storia dell'uomo nella sua esistenza.

Questa è stata la lezione che Eugenio Borgna ha espresso e tuttora ci lascia con le sue opere e con la sua esperienza clinica svolta nel manicomio di Novara, di cui fu a lungo primario.

Avendo personalmente avuto con lui un lungo dialogo nell'arco di circa quarant'anni, ho visto il suo discorso snodarsi attraverso le sue numerose opere pubblicate dalle più illustri case editrici. La sua esperienza clinica e fenomenologica ha attraversato concetti come l'empatia, "l'ascolto gentile", la "mitezza", la "malinconia", il "senso tragico di chi si suicida", come recitano i titoli dei suoi libri, dando alla "parola gentile" un potere salvifico.

Nello spazio della memoria mi piace ricordare, molti anni fa, di aver invitato Eugenio Borgna al CIPA dove, in una mattina limpida di un sabato invernale, tenne una bellissima conferenza clinica sulla psicosi e alla domanda che gli rivolse un collega sulla pericolosità aggressiva di alcuni pazienti gravemente psicotici, così rispose: «Nella mia lunga carriera non ricordo di essere mai stato aggredito».

Risposta in linea con la sua visione clinica "mite e gentile".

Mi piace concludere riflettendo sul titolo del suo ultimo libro scritto a quasi 94 anni, poco prima di morire, *In ascolto del silenzio*, qualcosa che nell'attuale clamore drammatico del mondo è assolutamente assente.

Quel silenzio che ha quasi del cosmico e del religioso perché è estrema attenzione del mistero della vita.

Quel silenzio senza la cui voce ogni cosa perde il senso che la potenza della vita esprime in ogni forma in cui appare e scompare continuamente.

*La Redazione desidera dedicare questo fascicolo a Eugenio Borgna, esimio psichiatra e bellissima persona, fra gli ultimi testimoni di quella generazione che ha introdotto in Italia la psichiatria fenomenologica. Avevamo l'onore di avere il professor Borgna tra i membri del Comitato Scientifico della Rivista.*





Daniel Vierge, *Une salle d'agitées à la Salpêtrière*, 1882



Paul Richet, *Période de délire*, 1879



Fig. 7. Manicomio villaggio. Dozzinanti di prima classe, ASMP, Sezione Fotografica, 1878

Manicomio villaggio, 1878

## Foto prese allo Spedale del Ceppo, Pistoia

### LA MACCHINA ELETTROSHOCK

Nel 1938 Ugo Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964) sperimentavano per la prima volta la **terapia elettroconvulsiva** (TEC) su pazienti affetti da delirio, depressione, allucinazione. Tale terapia si basa sulla induzione di convulsioni a seguito di scariche elettriche attraverso il cervello provocate da due elettrodi posizionati ai lati della testa o in un solo suo punto.

All'inizio i malati non venivano prioritariamente anestetizzati subendo violente contrazioni muscolari che potevano causare anche fratture.

Oggi la TEC è utilizzata nei casi di depressione grave cronica, di psicosi acuta con tendenze al suicidio, di catatonìa grave non reagente ad altre terapie o nella sindrome neurolettica maligna a seguito di overdose di psicofarmaci quando sia in pericolo la vita del paziente; sempre, comunque, su soggetti sedati per effetto di anestetici e previa somministrazione di farmaci rilassanti.

Il Ministero della Salute con circolare del 15 febbraio 1999 ha stabilito che la TEC possa essere somministrata solo dopo avere ottenuto il consenso informato scritto del paziente, al quale devono essere esposti i rischi e i benefici del trattamento e le possibili alternative. Una normativa che nella realtà trova ostacolo nella validità di consensi informati ottenuti da pazienti comunque 'disturbati'. Questa circostanza contribuisce a rendere l'applicazione oggetto di dibattito e controversie medico-giuridico-legislative.



# Angiola Iapoce in dialogo con Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio

**A.I.** L'adesione al pensiero fenomenologico rappresenta una costante nell'elaborazione teorica e nella pratica psichiatrica di Franco Basaglia, per il quale la sospensione del giudizio, l'*epochè*, è considerata in funzione della possibilità di costruire una *cultura critica* che (con le parole vostre) «non è affatto un rifiuto del sapere ma della sua postura padronale, della sua istituzionalizzazione, di tutto ciò che la fa funzionare come un orologio, ovvero come una verità assoluta».

Questa “cultura critica” mi sembra che in Basaglia prenda due direzioni: 1) il rifiuto di ogni sapere che si ponga come inattaccabile, come assoluto e non sottoponibile a critica; 2) l'applicazione della *epochè* alla malattia mentale, con la “messa tra parentesi” della malattia mentale stessa, un passo questo che non implica alcuna negazione dell'esistenza della malattia mentale – Basaglia non l'ha mai fatto; si tratta piuttosto di applicare una sorta di *astuzia della ragione* che presuppone “un profondo sapere della malattia e una consapevolezza altrettanto profonda delle sue costruzioni cliniche e istituzionali”.

Potete articolare questa tematica che è così fondamentale nel pensiero di Franco Basaglia?

**M.C.** Si tratta di un'operazione intellettuale sofisticata che al tempo stesso conduce a una posizione trasparente del terapeuta: bisogna essere in grado di acquisire sapere e poi di spogliarsene, perché è proprio in questo atto di svestizione che ci si può aprire al sapere dell'Altro. Basaglia sa bene che il sapere è strettamente intrecciato a una possente impalcatura di poteri istituzionali e per questo è consapevole che l'opera di destrutturazione del sapere non può che essere un'operazione da condurre con grande sagacia, in quanto è destinata a incontrare enormi resistenze. Inoltre, bisogna considerare che c'è anche una perdita di ruolo da parte dello psichiatra, una discesa dal piedistallo di prestigio e autorevolezza su cui si è installato per andare a calpestare il terreno infimo abitato dagli internati psichiatrici: questi non sono solo malati, ma esclusi sociali, reietti dimenticati ai quali il sapere della psichiatria ha assegnato un'etichetta diagnostica e relegato ai margini della città. Ma in questi margini rischia di finire relegato anche lo stesso psichiatra.

L'operazione, come è evidente, si fonda sul creare nessi tra teoria e pratica, tra conoscenza delle cose e azioni per trasformarle. Non si tratta affatto di stabilire un primato della teoria sulla pratica, quanto di spostarsi agilmente sul sentiero che va dalle azioni trasformative verso i saperi critici in un movimento di andata e ritorno: non abbandonando il terreno della verifica, ma uscendo dalla retorica dei cosiddetti discorsi evidenti e ripercorrendo quel cammino che sappia situare le pratiche nel contesto culturale relativo al suo tempo e al suo luogo.

Questo serve a mettere in luce la genealogia dei giochi di verità e le relazioni di potere che li hanno determinati e a esercitare una forma di pensiero critico. D'altra parte, quando Basaglia chiede di fondarsi sulla pratica, non sta demonizzando la teoria, non sta rifiutando l'atto di ricerca e conoscenza, semmai sta cercando di fare spazio a un altro modello di sapere, un "saper fare" che mette la teoria alla prova, verificandola attraverso un'esperienza quotidiana di confronto con la pratica di cura.

**A.I.** Dare voce all'altro sospendendo il proprio sapere: potrebbe trattarsi di un tratto che accomuna tanto la psicoanalisi quanto la psicologia analitica, tanto Freud quanto Jung (da notare che entrambe hanno la loro ragion d'essere nella dimensione inconscia...).

Si potrebbe vedere in questo un cammino parallelo a quello delle discipline *psy* che hanno l'inconscio nella loro concettualizzazione e che lavorano con esso?

**M.C.** Anche Jacques Lacan la pensava così: quando lo psicoanalista è convinto di possedere un sapere con il quale poter dire il vero su ciò che l'altro è, siamo fuori dalla psicoanalisi. Lo psicoanalista deve fare un atto di destituzione dal suo sapere, ossia partire dalla scelta di «ignorare ciò che sa» (Lacan 1974, p. 343) e dalla consapevolezza «di non poter sapere quello che fa» (Lacan 2008, p. 365), tanto da esercitare un'astensione, un "silenzio", che non impone al soggetto un sapere padrone, ma gli rinvia la domanda e gli suggerisce di dirigersi verso ciò che non sa, ciò che non è stato detto e ciò che resta da dire<sup>1</sup>. Il sapere è dell'Altro: bisogna rinunciare all'idea stessa che sia pieno e completo e non invece sempre attraversato da una mancanza irriducibile.

**A.I.** In una conversazione tra Franco Basaglia, Franca Ongaro e Michele Risso<sup>2</sup> si raccoglie tutta l'inquietudine di Franco nel passare all'Ospedale di Trieste, è la sua difficoltà ad affidare parte del suo lavoro ad altri psichiatri, magari "giovani". La difficoltà concerne sempre la capacità di mantenere quel ruolo di contrasto alle posizioni di potere che contraddistingueva il suo operato. Il risultato però era che Basaglia si caricava così di tutto il peso della innovativa struttura manicomiale, con una dedizione completa alla causa. È quel tratto etico del "sacrificio" di Basaglia, la cui dedizione totale e assoluta alla causa del manicomio lo ha forse anche condotto ad una morte prematura. Ma non si tratta soltanto di un dispendio "fisico" di energie, si tratta piuttosto di disperdere incessantemente la propria prerogativa di esperto e il proprio ruolo di potere.

Su questo introducete il concetto di "dissipazione", facendo riferimento a Georges Bataille. La dissipazione è doppia: la prima riguarda l'operatore psichiatrico, il suo sacrificio tanto fisico che di dispersione della propria identità; la seconda dissipazione è rivolta alla distruzione delle istituzioni totali e di quei saperi disciplinari che sono ad esse collegati. "Occorre disperdere il proprio sapere e l'identità che lo sostiene".

---

<sup>1</sup> Complessa l'argomentazione lacaniana su questo punto e numerosi i riferimenti: Lacan 1974, 2008, 2013; Colucci, Di Vittorio 2024a, pp. 253-256.

<sup>2</sup> Questa conversazione è stata recentemente pubblicata a cura di Marica Setaro (Basaglia 2024).

**M.C.** Dissipazione è un termine che ho usato nel seminario *Follia e Paradosso* che si è svolto a Trieste quasi 30 anni fa. Perché usare Bataille? All'epoca, venivo dalla lettura di un testo che si chiama *La nave che affonda* (ripubblicato da me e Pier Aldo Rovatti con una nostra prefazione nel 2008 presso Raffaello Cortina). Un testo molto bello, un'intervista tra Franco Basaglia, Franca Ongaro, Agostino Pirella e un giornalista romano che si chiama Salvatore Taverna, il quale ha una sua esperienza come ricoverato all'interno di luoghi psichiatrici, segnatamente cliniche psichiatriche romane, dove passa diversi periodi senza mai finire in manicomio (siamo prima del 1978). Taverna poi incontra Basaglia, si interessa alla sua azione e lo intervista. In questa intervista la voce di Pirella ci fa capire che alla fine c'è stato un esercizio di dissipazione di sé nelle esperienze di deistituzionalizzazione a Gorizia, ad Arezzo o a Trieste. In altri termini, c'è stato davvero uno sperpero di energie, di vite completamente dedicate alla causa, un investimento nella lotta antistituzionale che ha inciso sulla carne di coloro che ne sono stati protagonisti.

E questo, secondo me, faceva il paio con una dissipazione dei luoghi e dei saperi della psichiatria: da un lato, distruzione del ruolo dello psichiatra come soggetto di conoscenza e sacrificio della sua energia vitale alla causa, dall'altro, distruzione del sapere psichiatrico, "fuoco" al manicomio e demolizione dei luoghi istituzionali.

Questa impresa è stata all'insegna della perdita, da non considerare solo in senso negativo. All'epoca mi capitò fra le mani Bataille, il suo libro sulla *dépense* (1992), che apprezzai molto e che mi fece capire come la perdita può inaugurare una possibilità, quella di creare pensiero, legame sociale, come avviene con il *Potlatch* delle popolazioni indigene, quando attraverso lo spreco dei beni si crea l'alleanza fra le tribù e si esorcizza la violenza. C'era quindi un aspetto creativo e propositivo, nonostante fosse all'insegna di un dispendio della propria vita, del ruolo, del prestigio, del sapere, del potere.

Questa è una cifra importante di tutto il movimento antiistituzionale: gli psichiatri hanno rinunciato a molte cose ed è singolare osservare come oggi facciano una corsa a riprendersi attraverso l'università e il suo sapere accademico oppure attraverso le aziende sanitarie e il loro potere manageriale, quello dei protocolli e della gestione dei bilanci. Per questo tu [Angiola Iapoce] sottolinei in maniera molto opportuna questo tema della dissipazione, perché – c'è poco da fare – è stata anche una cifra del lavoro di deistituzionalizzazione, che ha funzionato in quanto è stato all'insegna della perdita: perdita non fine a se stessa, sia chiaro, ma come *stile* di chi vuole decostruire la padronanza della postura psichiatrica che fino allora aveva dominato, attraverso il manicomio, il sapere psichiatrico, la clinica universitaria, etc.

**A.I.** Riguardo al "voto di povertà" – la sottrazione del sapere tramite la sospensione di ogni giudizio, di matrice fenomenologica – mi ha rimandato al pensiero di Walter Benjamin, in particolare il suo scritto *Esperienza e povertà*. Lo scritto è del 1933, anno cruciale della storia, e Benjamin stava soggiornando a Ibiza. Le sue condizioni fisiche erano molto precarie, aveva perduto le principali fonti di reddito (la situazione politica non lasciava spazio al pensiero dei dissidenti) e anche la salute ne risentiva: fame e malattia erano le condizioni di colui che i locali chiamavano *el miserable*.

L'associazione tra Benjamin e Basaglia si è insinuata nei miei pensieri a proposito del

rapporto tra passato e presente, specialmente avendo come punto di riferimento un pensiero critico radicale. Per quanto riguarda Benjamin il tema è così centrale che meriterebbe un discorso a parte che ci porterebbe lontano. Mi limito a citare dal testo del 1933 sopra menzionato il passo in cui Benjamin, ipotizzando un futuro “antropologico” dopo il nazional-socialismo, dice: «[gli uomini] anelano a liberarsi dalle esperienze, anelano a un ambiente in cui possano far risaltare la loro povertà, quella esteriore e alla fine anche quella interiore, con tanta purezza e nitore che ne esca fuori qualcosa di decente» (2018, p. 56-57). Ritorna quel tema della “povertà” e il suo doppio ruolo di deprivazione e possibilità.

Si potrebbe dire che Basaglia inquadra questa tematica all’interno di un soggetto costitutivamente contraddittorio: *il soggetto della conoscenza, il soggetto del sapere?*

**P.D.V.** Nella Prefazione al volume *Il giardino dei gelsi* curato da Ernesto Venturini, un testo del 1979, quindi successivo alla legge 180, Basaglia parla del “momento felice” in cui, «disarmati e privi di difese», gli operatori possono aprirsi a un “incontro diretto”, cioè non mediato «dalla malattia e dalla sua interpretazione», e grazie al quale può finalmente «emergere la soggettività di chi soffre di disturbi psichici» (Basaglia, in Venturini 1979, Prefazione). In quest’affermazione – vertiginosa per l’accostamento paradossale di un’estrema condizione di indigenza, di nudità, e della felicità – si coglie il nesso tra radicalità e povertà che potrebbe essere un po’ il nucleo segreto, il motore profondo dell’esperienza di Basaglia. Qui riemerge, infatti, chiaramente, la matrice fenomenologica, con la radicalità filosofica che le è propria. Ma tale matrice riemerge dopo quel fondamentale strappo che ha portato la fenomenologia a oltrepassare lo specchio, ossia dopo la rinuncia del soggetto del sapere alla sua volontà di verità rispetto alla follia, e alla costruzione di un nuovo legame sociale con chi soffre di disturbi psichici il cui esito legislativo è la riforma 180.

La radicalità di Basaglia non va perciò intesa staticamente, non va fissata in un momento o in una serie di momenti slegati tra loro, ma andrebbe piuttosto considerata in modo dinamico: la matrice fenomenologica e il suo “oltre” pratico e politico, continuando a inseguirsi, a scavalcarsi e ad accavallarsi, come nella trama di un tessuto, hanno dato luogo a un processo che si presenta come un formidabile intensificatore di povertà: al voto di povertà dell’*epochè* husserliana si è sommato il voto di povertà della concreta messa tra parentesi del sistema manicomio-malattia mentale, a cui si è poi sommato il voto di povertà successivo alla legge 180, dove, oltre alla vecchia identità di psichiatri manicomiali, bisognava rinunciare anche alla nuova identità di militanti contro il manicomio. Ed ecco che questo stato di massima povertà, di nudità, diventa per Basaglia il momento felice di un nuovo inizio, caratterizzato da un indistinguibile intreccio fenomenologico e pratico, clinico e politico: l’alba nella quale, dopo aver sgombrato il campo da tutte le incrostazioni scientifiche e istituzionali, e da tutte le identità statutarie, sia tradizionali sia militanti, sarà finalmente possibile aprirsi all’incontro con la “soggettività di chi soffre di disturbi psichici”.

Ripeto, c’è qualcosa di estremo, di vertiginoso e perciò difficilmente “tenibile” in questa posizione di Basaglia. E di certo non è stato facile, per chi è venuto dopo, mantenersi sul filo di questa condizione di estrema, iperbolica sospensione. Tuttavia, da tale posizione-limite di Basaglia si può almeno recepire l’appello a non sedere al posto dei vincitori, a non sentirsi appagati, a non occupare la posizione di chi detiene le “buone” risposte, per sperimentare

invece la felice condizione di essere sempre un po' sospesi nel vuoto e di continuare a interrogarsi in modo radicale.

**M.C.** La nozione di “dissipazione” ci insegna proprio che le risposte non bastano se le domande non restano aperte. L’“utile” è un fattore importante, da perseguire, ma ha un fine relativo ed è monco se non è accompagnato dalla perenne domanda su di sé e sul proprio operare. Doppia dissipazione significa anche doppia ingiunzione che è richiesta al tecnico del sapere pratico per situarsi nelle istituzioni e fuori di esse, e significa anche doppio legame per cui il tecnico è sottoposto a due imperativi che possono essere anche in contraddizione tra loro. In breve, c'è una *prima ingiunzione* di Basaglia che dice di fare attenzione al particolare, di lavorare sullo specifico della propria situazione istituzionale, di rispondere ai bisogni reali dell'utente per restituirgli quella soggettività che il potere brutale del manicomio gli ha negato: non bisogna fare astrazioni intellettuali, né vagheggiare mitologie rivoluzionarie, ma agire pratiche reali e concrete di intervento. C'è poi una *seconda ingiunzione* di Basaglia, apparentemente antitetica alla prima, che suggerisce di uscire dall'ambito limitato della psichiatria e di allargare lo sguardo al generale della società per non restare confinati dentro situazioni specifiche. In altri termini, il rischio di una lotta limitata al particolare è quello di chiudersi in un'identità tecnica esclusiva che porta avanti solo una gestione del quotidiano e una semplice trasformazione positiva dell'istituzione, ma non attacca la logica repressiva e disumanizzante del potere su scala più ampia, in seno alla società capitalista. Basaglia propone una vera militanza intellettuale che consenta una presenza culturale riconoscibile del tecnico all'interno del dibattito politico, per favorire un confronto allargato con esperienze appartenenti a campi disciplinari diversi. Da questo punto di vista, l'attenzione costante al particolare è fondamentale ma non può diventare assoluta, se non si vuole frustrare l'operatore e schiacciarlo in una routine lavorativa che non è sempre esaltante.

Abbatte i manicomi, costruire centri di salute mentale, cooperative di lavoro, strutture residenziali, disalienare il folle e restituirgli dignità e diritti, tutto questo è necessario ma non sufficiente. Oggi c'è un continuo richiamo da parte degli operatori al valore delle pratiche contro ciò che è tacciato di intellettualismo. Credo, tuttavia, che oggi, dietro il rifiuto della dimensione teorica, ci sia da parte degli psichiatri un certo atteggiamento di disimpegno, un sottrarsi a mettersi in discussione, sia sul piano culturale sia politico, intorno a quelle questioni fondamentali che riguardano la salute, la malattia, la normatività, l'esclusione sociale.

Il gesto “intellettuale” di Basaglia è stato in questo unico e fondamentale, è un esercizio che sottrae un pezzo al sapere tradizionale della psichiatria, perché non sia più un sapere pieno, assoluto e tronfio di sé. È la testimonianza di un sapere fare con la perdita di sapere, con il suo “buco”, e di una ricerca fuori dal sapere, nelle pratiche, di qualcosa che possa permettere al sapere di sopravvivere. Il sapere non è meno importante delle pratiche, ma le pratiche funzionano quando ci si priva con metodo del sapere che si è acquisito.

**A.I.** Oggi siamo dentro questo sapere-potere della medicalizzazione della malattia, per meglio dire, della follia.

Mi sembra di aver capito dai vostri scritti, e anche da quello che ricordo in alcuni suoi stessi scritti, che Basaglia in qualche modo attribuisca un'origine storica al costituirsi del

“malato mentale”, a catturarlo e fissarlo all’interno del sapere medico: ma anche il sapere medico ha una sua origine, e come tutto quello che ha un’origine può avere anche una sua trasformazione, una sua fine. E tutto ciò è storia.

Anche questo incontro con la sofferenza è qualcosa che fa uscire dalla specificità psichiatrica? Fa uscire dalla specificità psichiatrica in senso fenomenologico? Ci si riesce a giocare, nel mezzo, tra specificità psichiatrica e incontro con la sofferenza in senso più umano?

**M.C.** Non sono molto d’accordo su questa definizione di malattia come esperienza che nasce solo da un’origine storica. Negli anni Sessanta, soprattutto in quegli scritti del periodo in cui stava a Gorizia, gli anni dal ’64 al ’66 più o meno, Basaglia traccia un percorso, quello che si sta seguendo a Gorizia per smontare il manicomio e la diagnosi, cioè per decostruire l’istituzionalizzazione della malattia. Ma proprio in quegli scritti ci sono dei passaggi che spiegano che Basaglia non nega la malattia, anzi afferma chiaramente che essa esiste. Questo è il primo livello: la persona perde la sua libertà, innanzitutto perché ha una malattia. La malattia inficia la libertà. Poi, su questa perdita di libertà, causata dalla sofferenza, se ne sovrappone un’altra, che è quella causata dall’istituzione. Per Basaglia dobbiamo distinguere la perdita di libertà che deriva dalla malattia da questa sovrastruttura che è l’istituzionalizzazione, altrimenti il malato tenderà a confondere l’una con l’altra: la distruzione dell’istituzione manicomiale – e di tutte le istituzioni psichiatriche – è ciò che può permettere di lavorare sulla malattia.

Questa è una posizione di Basaglia che non sempre è stata ripresa, proprio perché ha prevalso l’idea, o meglio lo slogan, *la libertà è terapeutica*: elimino l’istituzione e questo automaticamente costituisce una cura. Basaglia dice qualcosa di più complesso: elimino l’istituzione, ma non è semplicemente questo l’atto che cura. Sopprimere l’istituzione mi permette di curare perché mi apre spazi di azione. La libertà è terapeutica perché permette di incontrare la sofferenza e di agire.

A questo punto come si procede? Bisogna riconoscere che Basaglia, da un punto di vista terapeutico, ha introdotto il metodo fenomenologico e la comunità terapeutica, ma ha parlato anche di psicoterapia, come risulta in testi quali *Ansia e malafede* o *Corpo Sguardo Silenzio* o altri ancora in cui si delinea chiaramente il gesto basagliano come metodo di cura che si costruisce nell’incontro con l’altro. Certo, Basaglia impiega anche metodi terapeutici psichiatrici tradizionali – escluse le tecniche di shock e di contenzione – come i trattamenti farmacologici. È evidente che non è mai stato contro i farmaci, anzi li usa, però è fermo nel sostenere che il farmaco non deve mai essere usato come mezzo di repressione. Inorridisce quando le persone vengono legate a letto e sedate dai farmaci. Coloro che legano dicendo: “Leghiamo così non diamo farmaci”, mistificano la realtà, perché quello che accade è che costoro legano e nello stesso tempo somministrano anche i farmaci. Basaglia contesta questo uso del farmaco al servizio del potere, come mezzo per sedare il conflitto e la contestazione.

Per Basaglia, la dimensione della sofferenza del malato è fondamentale, poi a un certo punto l’urgenza della distruzione del manicomio diventa prevalente. Qui si crea l’equivoco, cioè che la cura del malato stia solo nella sua liberazione dal giogo istituzionale. Ma Basaglia non intendeva questo. È chiaro che sospende tutti i saperi, ma questa è la contingenza del “momento felice” in cui diventa possibile progettare la rifondazione dei saperi. Purtroppo,

Basaglia non riesce ad articolare questo punto, perché nel 1980 muore due anni dopo la promulgazione della Legge 180.

Oggi possiamo fare delle ipotesi su quello che si sarebbe potuto fare dopo. La mia opinione è che nel momento in cui sospendi i saperi, per poi riarticolargli e ricostruirli, non puoi metterli tutti sullo stesso piano. Questo è un problema che non è stato sufficientemente affrontato e approfondito. I saperi hanno delle differenze, che ritroviamo anche in Basaglia, per il quale il punto di vista fenomenologico non ha lo stesso valore del sapere biologico. Tutto il lavoro sull'enigma della soggettività è per Basaglia un lavoro importante. Certo, questo non risolve il problema dell'internamento manicomiale, però è evidente che ci sono dei saperi più in linea col gesto basagliano. Per essere chiari, non c'è dubbio che Basaglia dia maggior peso a Minkowski e a Foucault piuttosto che alla farmacologia. Questo non viene chiarito nel dopo Basaglia a causa di un generico antiintellettualismo portato avanti da alcuni suoi eredi. Ma si tratta di una trappola, perché così si è persa l'opportunità di continuare quel prezioso annodamento tra teoria e prassi che costituisce l'autentico capitale della sua impresa.

Dopo la morte di Basaglia non si fa abbastanza su questo punto: non è sopravvissuto negli anni un centro studi internazionale all'altezza della sua rilevanza intellettuale, non c'è una scuola di formazione capace di coniugare approcci diversi e anche estranei al mondo delle discipline *psy*, né una presenza significativa in ambito universitario per contrastare il monologo della psichiatria biologica; in generale, non si è strutturato un progetto di “dissenso culturale” in grado di tenere viva la preziosa originalità dell'esperienza italiana di deistituzionalizzazione; soprattutto, si è dimenticato che, per fare un buon lavoro in salute mentale, bisogna anche dotarsi di una formazione culturale allargata a quei saperi – filosofia, sociologia, psicoanalisi, teoria sistemica, pensiero della complessità, etnopsichiatria, analisi genealogica dei processi di riforma e delle esperienze più proficue dell'antipsichiatria, ecc. – che storicamente sono stati capaci di contestare i dogmi della psichiatria e di stimolare una capacità di riflessione critica.

**P.D.V.** Questa “equivalenza” dei saperi dipende dal fatto che, nella salute mentale italiana nata dall'esperienza del movimento antistituzionale, e in modo speculare rispetto al lascito del movimento francese della psicoterapia istituzionale, la vera partita non si gioca sul piano clinico, ma su quello socio-politico. Se fai delle buone pratiche di salute mentale, tu stai curando. Siccome però un po' di tecnica ci deve comunque essere, allora fai un cocktail di modelli diversi, che si equivalgono e possono essere assemblati pragmaticamente, perché la priorità resta sempre l'intervento di carattere socio-politico. Insomma, l'aspetto propriamente clinico è sempre secondario, svolge una funzione gregaria e non è mai veramente interrogato come tale. In questo modo però, surrettiziamente, i nuovi modelli tecnici hanno finito per prendere il sopravvento, perché questa è la realtà della salute mentale *mainstream*. Se vogliamo, è il prezzo del mito di Davide che alla fine riesce a sconfiggere Golia (un po' come si è pensato di “redimere” il mercato attraverso il modello dell'“impresa sociale”, mentre la realtà è un po' diversa). Ovviamente, non si tratta di accettare il *mainstream*, di assecondare cinicamente i rapporti di forza; si tratta piuttosto di non coltivare illusioni che riducono la nostra reale forza di contestazione, finendo per rafforzare la realtà che abbiamo la pretesa di trasformare.

**A.I.** Potresti, Mario, approfondire il “gesto” basagliano. Come si struttura davvero una terapeutica che lavora molto sulla distanza, sull’intervallo, sulla capacità di tutelare lo spazio dell’altro?

**M.C.** Il gesto terapeutico di Basaglia è una sorta di pendolo che oscilla tra clinica e politica, tra *sospensione della parola* ed *esercizio della negoziazione*. La sospensione della parola non significa semplicemente restare zitti e lasciar parlare l’altro. Significa piuttosto fare spazio al silenzio dentro di sé. Significa resistere al fascino della propria parola e all’urgenza di dare una risposta. Significa sospendere le parole usuali, i saperi consueti che ci balenano nella mente, chiudere il serbatoio dell’esperienza professionale per non attingere più alle risposte già date, quelle a portata di mano – una spiegazione razionale, un farmaco efficace, un progetto di riabilitazione – addentrarsi nel silenzio, come in un territorio inesplorato. Prendere tempo. Rallentare. Attendere che qualcosa si riveli dalla parte dell’altro.

Tutto questo assomiglia alla sospensione tipica dell’*epochè* fenomenologica e nasce dalla necessità di non lasciarsi travolgere da ciò che già si sa sulla malattia, da quel rapido installarsi davanti agli occhi di schemi logori di idee e di gesti reiterati che inquadrano quella persona lì – quell’Antonio, quella Francesca – come “uno psicotico”, “una depressa”, perfettamente allineati nella schiera anonima degli psicotici e dei depressi, ebbene bisogna sostare sulla soglia delle parole della psichiatria, non pronunciarle, magari non pensarle: le definizioni, le diagnosi, le classificazioni...

Fare silenzio nel gesto terapeutico vuol dire far posto alla parola dell’altro, prendersene cura, soprattutto quando questa ci appare fuori dal nostro mondo di certezze. Vuol dire introdurre un tempo di pausa, che è anche un tempo di stupore di fronte alla parola dell’altro, all’estraneità della sua logica, che arriva di soppiatto, impreveduta, dall’apparenza minacciosa e senza governo. Tempo di pausa, ossia tempo di attesa, prima di far entrare in scena le evidenze di una quotidianità che pretendiamo essere *naturale* nel suo funzionamento.

Il gesto di Basaglia sta tutto nella capacità di saperci fare con la distanza che ci separa dall’altro, di abitarla senza occuparla e senza farsene padroni. In questa distanza, il silenzio è un’esperienza fondamentale, qualcosa di più profondo della semplice astensione dalla parola e dal giudizio, intervallo indispensabile per tutelare la propria intimità, spazio per proteggersi dall’invasione dell’altro.

Ma nel gesto di Basaglia non c’è solo la sospensione della parola, c’è anche l’esercizio della negoziazione. Negoziare è l’altra faccia del fare silenzio e comunque si fonda sempre sul rispetto della parola dell’altro. Negoziare significa mettersi all’ascolto delle ragioni dell’altro che chiede, reclama, esige, ma che, talvolta, disturba, offende, aggredisce: l’altro che non ci sta, che non acconsente, che è riottoso, l’altro che per Basaglia rappresenta il primo fondamentale interlocutore, colui che resiste alla disciplina istituzionale e che fa valere la sua voce di persona all’interno di un sistema che lo vuole ridurre a semplice malato. Basaglia inaugura una vera e propria *clinica della negoziazione*, che si propone una ricerca rigorosa di un percorso di risoluzione della crisi e di cura della persona sofferente nel rispetto della sua dignità e dei suoi diritti, da anteporre sempre a esigenze di controllo sociale e a istanze di sicurezza.

Nella stagione attuale senza manicomi questa pratica della negoziazione esige una formulazione attenta, soprattutto quando è necessario un intervento forte e deciso, per esempio

quando occorre infrangere un ostinato ritiro sociale per una grave condizione di psicosi (immaginiamo la situazione drammatica di un trattamento sanitario obbligatorio per rispondere a una condizione di solitudine, abbandono, sporcizia, magari all'interno di un'abitazione spaventosamente ricolma di oggetti accumulati). Come salvaguardare, dinanzi all'urgenza del fare, l'intervallo che è indispensabile al soggetto per difendere il proprio esile perimetro personale? Se si perde la capacità di fare *epochè*, che fine fa la ragione dell'altro? Come trovare il tempo giusto dell'azione e il modo di passare da questa pausa di silenzio a una parola prudente? Quale metrica dei significanti è opportuna per entrare con leggerezza in questa zona di sospensione del linguaggio? Come incedere adagio senza che, allo stesso tempo, l'esitazione sia scambiata per inoperosità, senza che la lentezza diventi inerzia? Come si tutela la distanza in questa situazione? Quale spazio dell'altro sopravvive alla furia di una normalità da ristabilire, alla violenza della ragione, sia pure la ragione della salute mentale, dell'inclusione sociale, della piena cittadinanza, della restituzione dei diritti?

Non è facile rispondere a queste domande perché quel trattamento sanitario obbligatorio può costituire un'azione necessaria e legittima. Come pure è necessario e legittimo cercare con pazienza e tenacia di ottenere il consenso di una persona al trattamento, e, quando non ci riusciamo, di farci carico del suo rifiuto, e di tutelare la sua libertà con il paradosso dell'obbligo, facendo valere il suo diritto a essere curata. Comunque vada, dobbiamo essere consapevoli che siamo su un crinale scivoloso, quello che separa la sofferenza della persona dalle regole della città, e dobbiamo accettare che l'equilibrio è instabile perché bisogna instancabilmente negoziare tra le sue parole "folli" e le nostre presunte "normali".

**A.I.** La follia, con la sua oscurità e imprevedibilità, *deve* continuare a interrogare i saperi già costituiti e strutturati, nonostante la storia del pensiero occidentale abbia fatto della follia e delle altre esperienze-limite, di cui uno dei principali vati è stato Bataille, un *oggetto di conoscenza*. Giocando sul doppio enunciato "follia" o "malattia mentale", voi operate con un "taglio differenziale" con cui i due termini configurano il rimando continuo tra le stratificazioni storicamente e socialmente determinate della "malattia mentale" e il continuo sovvertimento della follia che ha in sé quella a-razionalità che sempre scappa dalle maglie della storicizzazione.

**P.D.V.** Basaglia usa il termine "malattia mentale" perché ne riconosce la realtà storica, il fatto cioè che la follia sia stata a un certo punto codificata come malattia mentale, e che questa codificazione non sia solo una questione di scienza, ma anche di istituzioni, di leggi, di relazioni concrete di potere, oltre che di rappresentazioni sociali. Per questo aggiunge sempre il significante follia, per riattivare quell'eccedenza di cui dicevamo, l'eccedenza della follia come esperienza, come prova. Nelle *Conferenze brasiliane*, enuncia questa celebre frase: "Non so che cosa sia la follia, la follia è una condizione umana". Ebbene, in un intervento a Montréal del 1973, Foucault fa un'affermazione illuminante: "La razionalità sociale è refrattaria ad accettare un'esperienza della follia che sarebbe una prova di verità *senza il controllo del potere medico*". Qui risuonano per me tanto Bataille quanto Basaglia, perché in fondo di questo si tratta: *ridare forza all'esperienza, alla condizione umana della follia*, farne anche una prova di verità, eccedente rispetto al potere-sapere medico. Ovvero, più in generale, giocare una partita di verità "ai limiti" dell'umano.

**M.C.** Qui si potrebbe mettere in discussione una certa lettura che è stata fatta del senso dell'esperienza di deistituzionalizzazione a Trieste: Franco Rotelli, successore di Basaglia alla guida del Dipartimento di salute mentale, sosteneva che l'azione fondamentale degli psichiatri a Trieste non era stata tanto la deistituzionalizzazione del manicomio, quanto la *deistituzionalizzazione della follia*, cioè l'aver dimostrato che in fondo la follia è una costruzione.

L'ultima intervista di Rotelli, rilasciata cinque giorni prima della morte, è molto significativa al riguardo (Saraceno, Gallio 2023): ciò che cura non sono i centri di salute mentale, ma gli artisti, il teatro, i pittori, la musica ecc. Su questo punto non sono d'accordo. Gli artisti sono importanti, ma questa idea della cura mi sembra ingenua, soprattutto non rappresenta Basaglia. Non è la follia una costruzione, semmai la psichiatria quando riduce la follia a sola malattia. Quando Basaglia dice: "io non so che cosa sia la follia", si pone rispetto alla follia in un atteggiamento di sospensione per il quale la follia è al suo fondo un enigma, qualcosa che comporta una grande sofferenza e a cui devo cercare di dare ascolto e un aiuto adeguato. Su questo punto non possono esserci ambiguità, altrimenti l'eredità di Basaglia rischia di essere dimenticata perché per lui la follia resta comunque una fonte di interrogazione, che non si affronta solo sul piano artistico o socio-politico della liberazione, ma anche su quello clinico di una cura che possa dare aiuto.

**P.D.V.** Oggi dovremmo cercare di fare un po' di chiarezza sull'eredità di Basaglia, mostrarne le contraddizioni e le sfaccettature, cosa che, negli ultimi quarant'anni, non si è fatto, perché Basaglia è diventato la bandiera sotto la quale si raccoglievano indistintamente posizioni diverse. Il nodo principale, che impedisce di fare chiarezza, è probabilmente l'esperienza di Trieste. Da quando, nel 1971, è chiamato da Michele Zanetti a dirigere l'ospedale psichiatrico, Basaglia c'è e non c'è a Trieste: c'è, perché è pur sempre lo psichiatra che dirige il manicomio; non c'è, perché sta emergendo in modo dirompente il suo ruolo politico, che ne sollecita continuamente la presenza altrove, su altri tavoli. Trieste è quindi anche la scena di uno sdoppiamento o di un raddoppiamento della leadership, e oggi, per fare chiarezza sull'eredità di Basaglia, bisognerebbe in primo luogo ridare a Cesare quel che è di Cesare. O meglio, bisognerebbe ridare ai Cesari quel che è dei Cesari: da un lato Basaglia, dall'altro il gruppo di giovani psichiatri giunti a Trieste sulla spinta del '68, e dal quale emergerà la leadership di Franco Rotelli. Chi conosce l'ambiente triestino sa che non c'è nessuna novità, nessuno scandalo a dire questo, giacché è proprio quello che non si è smesso di ripetere, magari sottovoce, in tutti questi anni, e cioè che l'esperienza di Trieste è stata molto meno basagliana di quello che si tende a credere. Il problema è che proprio la dirigenza triestina ha alimentato questa credenza, coltivando questa confusione, questa ambiguità, e creando così il mito di una continuità, quasi teleologica, tra l'istituzione negata e l'istituzione inventata, per intenderci. Questa pretesa continuità rende oggi molto opaca l'eredità di Basaglia, e molto difficile e problematica la possibilità di discuterne apertamente.

In particolare, la posizione, secondo noi poco o per nulla basagliana, e che Rotelli ha difeso fino alla fine, è che l'emancipazione dei folli, ossia la possibilità di ridare loro "potere", in senso sociale e politico, il pieno potere di cittadinanza, dipenda dalla possibilità di emanciparsi dal "sapere" stesso, perché il sapere sarà sempre qualcosa che sovradetermina i loro bisogni. Questo tuttavia è un formidabile *vulnus*. Se pensiamo per esempio all'etnopsi-

chiatra critica, oggi in prima linea nella presa in carico di quell'inestricabile mix di sofferenza soggettiva e di contestazione politica che è l'esperienza dei migranti, ci rendiamo conto al contrario di quanto il "sapere degli altri" sia centrale, e di come esso funzioni da *pivot* per continuare ad articolare e intrecciare la dimensione clinica e quella socio-politica. Ora, quello che noi proviamo a fare, ormai da vari anni, è ricentrare Basaglia su questo *nesso clinico-politico*: le pagine del libro in cui Mario articola la capacità di "fare silenzio" dinanzi alla sofferenza delle persone, con quella di "negoziare" con loro la possibilità di partecipare al gioco sociale, delineano le coordinate di quella che potrebbe essere oggi una clinico-politica basagliana (cfr. Colucci, Di Vittorio 2024b, pp. 63-70).

Più in generale, il sapere degli altri è l'insurrezione dell'eccedenza: non si sarebbe mosso nulla nelle nostre società senza i movimenti di contestazione, senza il femminismo, senza la cosiddetta antipsichiatria, senza l'emergere della questione razziale e della questione di genere. Pensiamo per esempio al *Black Marxism*, alla contestazione, da parte del sapere nero, del marxismo bianco che dimentica o cancella l'irriducibile eccedenza della questione razziale. I saperi degli altri, i saperi "minori", per dirla con Deleuze e Guattari, rompono l'assedio in cui siamo intrappolati, liberando nuove energie critiche e creative. Sono i granelli di sabbia che inceppano il sistema, i buchi da cui il sistema cola fuori, fuggendo altrove. Per questo misconoscere i saperi degli altri significa privarsi della forza che permette di trasformare la realtà.

**M.C.** Basta ripensare alle assemblee di Gorizia, dove nascono tantissime cose, lì c'è qualcosa di veramente inedito, in cui Basaglia e il suo gruppo dimostrano un'abilità straordinaria, perché fanno un'operazione molto rischiosa: in fondo, si tratta di persone internate, spesso da molti anni, alcune affette da quello che oggi viene chiamato un disturbo delirante paranoideo. Ebbene, Basaglia e i suoi da un lato fomentano la loro aggressività, la loro conflittualità contro l'istituzione, proiettando filmati su Martin Luther King e le manifestazioni dei neri oppure su Auschwitz per parlare della violenza sugli ebrei, ed esplicitando il messaggio: "Guardate, voi siete come loro, siete degli esclusi!". L'internato, che vive il contesto manicomiale, è portato a dire: "Io sono come quelli dei film, anche voi ce l'avete con me". Dall'altro lato Basaglia non dimentica che quelle persone soffrono anche di un disturbo, e che rispetto al mondo patiscono già di un vissuto di persecutorietà. Questo processo di istigazione si muove, quindi, sul filo del rasoio, perché, nel momento in cui si fanno montare il conflitto e le ostilità reciproche tra curanti e curati, si stimola anche una sorta di pensiero paranoico che potrebbe diventare impermeabile al dialogo (Colucci 2022). La complessità del gesto di Basaglia e del suo gruppo sta nell'elaborazione continua di tale pensiero, tramite un esame critico delle contraddizioni e il contributo della voce di tutti, per tenere insieme la percezione individuale di una sofferenza mentale con la coscienza collettiva di un problema sociale. Lo sforzo è quello di tenere insieme sia la clinica che la politica attraverso un'operazione di "dosaggio" dei due campi: cerca di asciugare la clinica a vantaggio della politica, anche se la clinica fa resistenza e comunque continua ad avere la sua importanza. Questo, secondo me, non si è capito. La politica non sopprime completamente la clinica: non è vero che l'internato non è più matto, ma è solo escluso. Può esserlo in alcuni casi, ma non in tutti. Gli internati sono matti ed esclusi, perciò è fondamentale mettere la quota

di follia presente in una cornice diversa; come pure mantenere in equilibrio il rapporto tra clinica e politica.

**P.D.V.** Ma è proprio questa tensione tra clinica e politica che può oggi “infastidire” la razionalità gestionale in cui siamo immersi, insabbiati.

**M.C.** È così, non si può semplicemente dire a una persona: “Guarda che ti stanno sfruttando, ti stanno facendo una violenza istituzionale”, e credere che con questo spostamento si sia risolto il problema.

**P.D.V.** L’unico modo, oggi, per scalfire l’attuale configurazione socio-antropologica, l’uomo a una dimensione della razionalità manageriale, consiste nel reimmettere nella nostra vita articolazione, tensione, *complessità*. Sotto la maschera della burocratizzazione, la nostra esistenza è saturata da tale razionalità, sia nella sfera privata sia nella sfera pubblica, e questo rende il tempo della vita, come direbbe Benjamin, continuo e omogeneo: un tempo che è catastrofe.

Spesso gli operatori dicono che “non hanno tempo” per incontrarsi, riflettere, discutere e magari immaginare di cambiare le cose. Si tratta allora, oggi come ieri, di rubare il tempo a chi ce lo ruba, per porsi insieme domande, per investire sulla complessità, per far circolare discontinuità ed eterogeneità nel sistema.

**A.I.** Ritornando al “ruolo” dello psichiatra, si parlava prima di “vertigine identitaria”. Ora, la vertigine identitaria trascina con sé inevitabilmente un’altra questione, che è quella della constatazione del fatto che vivere e pensare è anche contraddirsi, ci si apre cioè al posto che occupa la contraddizione all’interno del pensiero e della vita, al suo “valore”, e con ciò si profila la problematica della “verità” all’interno di figure contraddittorie. Se prendiamo Foucault, specie quello dei suoi ultimi anni, per lui la verità coincide con l’opinione ma senza che questo generi una deriva relativistica. «Quando per esempio qualcuno vede un amico che sta commettendo un errore e rischia di incorrere nelle sue ire dicendogli che sta sbagliando, costui sta agendo da *parresiastes* [colui che dice la verità]» (p. 7). Questa verità è vera in quanto *sua* verità che è stata espressa a rischio del pericolo, in questo esempio di rompere il legame di amicizia, ma a volte le circostanze mettono anche a rischio la propria vita.

Il nesso tra contraddizione e verità è molto denso e diluirlo implica un impegno intellettuale e personale di grande impatto.

Se il posto di Basaglia è sempre a fianco degli esclusi, dalla parte dei “poveri”, per lasciare lo spazio necessario alle voci che dissentono, ai perdenti, la sua lotta al potere è sempre tesa ad esplicitare quella che è l’unica verità sui rapporti umani che sempre si intrecciano al potere: che è la *verità della contraddizione*.

Tensione, contraddizione, complessità sembrano essere queste le parole che possono dar senso a un’idea di verità, e anche questo punto segue la linea di Foucault.

Io mi sento di articolare questo discorso, che è di estrema importanza e di estremo valore, con un’altra questione che ritengo altrettanto fondamentale e che apre ad un campo ancora in parte da dissodare: è la questione degli affetti, dell’affettività.

Io ho dell’affetto una concezione molto ampia che comprende tutto ciò da cui un es-

sere umano è “affetto”, quelle dimensioni passive, patiche (da *pathos*) che ricoprono l'intera gamma delle esperienze psichiche. Bataille ne ha descritto gli aspetti più estremi, quelli dell'erotismo, della criminalità, della follia, a cui si possono aggiungere le esperienze interiori del sublime e delle asceti mistiche. Si tratta di punti-limite ma che, ridotti quantitativamente, ci riguardano nel quotidiano.

Tensione, contraddizione, complessità sembrano queste parole chiave anche per Jung. *Psicologia complessa* voleva essere il primo nome da dare alla sua teoria, a cui poi preferì *Psicologia analitica*, con cui oggi noi la conosciamo. Il “complesso a tonalità affettiva”, che è una formazione bio-psico-sociale e che rappresenta l'“unità psichica minimale”, pone inevitabilmente Jung in una posizione di “complessità” antiriduzionistica.

Sotto il mantello della “complessità” noi possiamo mettere molto, innanzitutto quella questione del “tempo” di cui parlava Di Vittorio, possiamo cioè distendere la nostra azione di “cura” e intraprendere una “via lunga”, per dirla con Ricoeur. Certamente, gli affetti oggi sono la sfera psichica che avrebbe maggior bisogno di attenzione e di “tempo”, almeno secondo me. Ma anche gli affetti hanno, per così dire, un sapere (e potere) già istituzionalizzato. Penso al '68, ai tanti film sulla “vera” struttura su cui si reggono i rapporti nella famiglia, sui sentimenti di aggressività, di odio, che muovono più o meno apertamente l'impostazione dei legami familiari. Ricordo lo sconvolgimento provocato dal film *I pugni in tasca*, che ha rappresentato una vera e propria rivoluzione tanto sul piano formale quanto per i contenuti espressi, sia pure al loro estremo. Così come all'epoca ricordo i tanti libri sulla “morte della famiglia”, sui “frammenti di un discorso amoroso” e così via.

Penso che uno dei punti difficili della posizione di Basaglia possa essere quello della possibilità di tenere insieme radicalità di pensiero e di azione in nome della fondamentale verità della contraddizione, da un lato, e i legami affettivi, specialmente quelli che pertengono alla sfera privata, dall'altro.

Negli Atti del Convegno del '77 del *Reseau* di alternativa alla psichiatria (1980) viene accennato, brevemente ma significativamente, che l'istituzione che fa assistenza si pone come «elargitore di beni mentre in realtà lascia pressoché inalterata la situazione dei bisogni» e poi in modo molto significativo il testo continua: «fare assistenza significa scegliere di trattare ogni caso di bisogno separatamente, *interpretando le cause dello stesso come dovute e legate esclusivamente all'individuo, avulso da un contesto socio-economico ed ambientale [...]*, di conseguenza addossando completamente al privato la causa del proprio stato di disagio, sostenendo valori moralistici spettanti solamente al nucleo, come il dare e provvedere sempre e comunque ai figli ed agli altri membri» (p. 196, *corsivo mio*).

Insomma, cosa accade se sentimenti e verità entrano in contraddizione, essendo necessario salvare entrambi? Cosa pensate voi su questo continuo rimando che mai si acquieta, sulla costante “eccedenza” della follia, pensate che abbia a che fare con il *pathos* degli affetti, intesi in quel senso ampio di cui parlavo sopra?

Dopo aver ricevuto il Nobel nel 1957, Albert Camus disse ad alcuni studenti che gli chiedevano del padre morto nella battaglia della Marna: “Credo nella giustizia, ma prima della giustizia proteggerò mia madre”. Metteva in luce la centralità dell'individuo e il valore degli affetti al di sopra di ogni lotta, sia pur ritenuta giusta, ma che può rovesciarsi nel suo contrario. *Summum ius, summa iniuria...*

**P.D.V.** La questione è complessa e mettendo in gioco proprio il *pathos*, tocca la mia personale esperienza e quindi anche la questione dei “limiti”. Pur lavorando a stretto contatto con gli operatori *psi-*, a causa del mio profilo culturale, in particolare della postura storico-critica mutuata da Foucault, ho sempre cercato di non oltrepassare il limite, e forse per questo, per tenermi un po’ a distanza, ho sviluppato una certa “allergia” per l’approccio psicologico. Successivamente però, per una serie di circostanze, ho “sconfinato” e considero questo sconfinamento un’esperienza per me molto “formativa”. In questo modo, si è aggiunto un elemento fondamentale al mio bagaglio: il riconoscimento della “sofferenza” (del *pathos*) dell’altro.

Tale riconoscimento mi ha sempre posto problema, a causa della sua fondamentale ambivalenza: mentre si tende una mano all’altro che soffre, proprio a causa di tale sofferenza si tende a prenderlo per mano, a metterlo sotto tutela; l’insidiosa tutela di un sapere sull’altro, a partire da una sofferenza codificata come “malattia” o come “disturbo”, ecc.

Un giorno però mi sono posto la seguente domanda: la mamma che, secondo la teoria di Bateson, invia messaggi contraddittori a suo figlio, destinandolo all’impotenza e al fallimento, lasciandogli la follia come unica via d’uscita, e sviluppando su di lui un’inesorabile forma di controllo, di dominio, ebbene, perché lo fa? Qui è scattato il riconoscimento della sofferenza dell’altro, o se si preferisce qui sono entrato in risonanza con il *pathos* dell’altro (cioè qui ho cominciato, letteralmente, a “com-patire”): forse, mi sono detto, questa mamma lo fa perché è anche lei portatrice di sofferenza; forse prova a esercitare una forma di ipercontrollo, perché in realtà non padroneggia nulla, perché è fragile, persa, perché lei stessa si sente esposta al fallimento e all’impotenza. Lo stesso si può dire per la paranoia: anch’essa può nascere su un fondo di grande incertezza e insicurezza.

Insomma, si capisce come la consueta analitica del dominio, dell’assoggettamento, di tutte le forme di ipercontrollo (che oggi hanno a mio avviso molto a che fare con la paranoia e i *double bind* schizogeni circolanti nello spazio sociale) è stata bucata da una prospettiva supplementare, che la ampliava nel momento stesso in cui la metteva in perdita. Questa prospettiva, per quello che ho potuto sperimentare, è precisamente la posizione *psi-* come riconoscimento del *pathos* dell’altro. Attenzione, questo non significa accomodarsi in tale posizione; non significa evacuare il disagio, perché la posizione *psi-*, ed è questa la vera scoperta che mi porta oggi a “simpatizzare” con chi la occupa quotidianamente, resta fragile, rischiosa, altamente problematica. Ciò che per me è stato formativo, è stato riconoscere che non è uno spazio assicurato, garantito, pacifico, ma al contrario il terreno mobile, incerto, di una scommessa decisiva e mai risolta una volta per tutte.

A partire dal riconoscimento della sofferenza dell’altro, si aprono infatti due strade: seguendo la prima, posso costruire sulla sofferenza dell’altro un sistema teorico-diagnostico che mi serve, sia per mettere a distanza la sua sofferenza, trincerandomi in una corazza difensiva, sia per organizzare una forma di tutela, esercitando su di lui un eccesso di potere (lui è il malato, e siccome io sono qui per curarlo, posso tutto su di lui); seguendo la seconda, posso invece fare della sofferenza dell’altro l’“estrema” risorsa per preservare e rinsaldare il legame con lui (persisto nella relazione con te, anche se ti detesto e mi piacerebbe tanto sbatterti fuori della mia vita). Anche qualora la rottura del rapporto ci apparisse come la cosa più giusta da fare, il *pathos* dell’altro, che ci affetta, può diventare la linfa per continuare a nutrire il rapporto.

Ovviamente questa biforcazione è lo spazio di un'oscillazione inesauribile: pur prendendo una strada, l'altra continua a esistere, e non posso quindi mai essere del tutto "padrone" della strada che sto percorrendo. Ed è proprio questo, mi sembra, a fare della posizione *psi*-una scommessa rischiosa e interminabile.

## Bibliografia

- Atti e documenti del *Reseau* di alternativa alla psichiatria 1980, *Il circuito del controllo. Dal manicomio al decentramento psichiatrico*, Edizioni Cooperativa Libreria-Centro Culturale Via Gambini, Trieste.
- Basaglia F. 2024, *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, a cura di M. Setaro, Donzelli, Roma.
- Bataille G. 1992, *La parte maledetta*, trad. di F. Serna, Bollati Boringhieri, Torino.
- Benjamin W. 2018, *Esperienza e povertà*, trad. e cura di M. Palma, Castelvecchi, Roma.
- Colucci M. 2022, *Clinica e politica della paranoia*, in Aa.Vv., *L'altro che è in noi. Soggetti e istituzioni*, in «aut aut», n. 395, pp. 74-84.
- Colucci M., Di Vittorio P. 2024a, *Franco Basaglia. Pensiero, pratiche, politica*, Meltemi, Roma.
- Colucci M., Di Vittorio P. 2024b, *Franco Basaglia. Un intellettuale nelle pratiche*, Feltrinelli, Milano.
- Foucault M. 1996, *Discorso e verità nella Grecia antica*, Donzelli, Roma.
- Lacan J. 1974, *Varianti della cura-tipo*, in Id., *Scritti*, trad. di G. Contri, Einaudi, Torino, vol. I.
- Lacan J. 2008, *Il seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi, 1959-1960*, trad. di M.D. Contri, Einaudi, Torino.
- Lacan J. 2013, *Proposta del 9 ottobre 1967 sullo psicoanalista della Scuola*, in Id., *Altri scritti*, trad. di A. Di Ciaccia, Einaudi, Torino, pp. 241-256.
- Saraceno B., Gallio G. 2023, *Il futuro delle politiche di salute mentale nell'ultimo dialogo con Franco Rotelli*, in «aut aut», n. 399, pp. 169-195.
- Venturini E. 1979 (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino.

*Concludiamo qui l'intervista/conversazione che è stata per me un'esperienza estremamente vitale, in cui ho rivisitato il mio passato personale e quello di un'epoca lontana, constatando che non è qualcosa di morto e di inerte ma che si ripropone, non solo con l'inevitabile nostalgia del ricordo di un momento di grande impegno e di crescita, ma anche con il rafforzamento, oggi al presente, della consapevolezza che ci si può, e anche ci si deve, defilare rispetto al mainstream culturale, in nome di fatti ed esperienze che continuano a chiedere di essere espressi e con questo dicono il loro valore.*

*Desidero così esprimere il mio grandissimo ringraziamento ai due intervistati, Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio che hanno accolto la nostra proposta, ci hanno raccontato la loro esperienza con grande disponibilità e ci hanno partecipato del loro pensiero con riflessioni acute e profonde che contribuiscono in modo determinante e significativo a tenere in vita l'esperienza di Franco Basaglia.*

*Angiola Iapoce*



# Note filosofiche (con aspetti autobiografici)

Pierangelo Di Vittorio

Vorrei introdurre un aspetto, una linea, sia pure parzialmente, filosofica (nel senso che, come diceva Foucault, la “critica” si produce sempre dentro e fuori della filosofia): si tratta della linea Nietzsche, Bataille, Foucault.

In primo luogo, Foucault definisce l’atteggiamento genealogico, mutuato da Nietzsche, come *la distruzione del soggetto della conoscenza nell’inesausta volontà di sapere*: si tratta, secondo me, di una delle migliori definizioni di Edipo, se lo consideriamo non come la figura del desiderio, ma come la figura del sapere in Occidente, come d’altronde è stato considerato dall’idealismo tedesco fino a Heidegger. Da questo punto di vista, potremmo considerare l’*Edipo re* di Sofocle come una tragedia genealogica – l’eroe che nella sua inesausta volontà di sapere finisce per restare accecato dalla scoperta del buco traumatico delle sue origini – e questo potrebbe senz’altro produrre degli effetti anche rispetto all’approccio psicoanalitico (ma questo è un altro discorso). Ora, come Foucault ha ammesso in diverse occasioni, le sue inchieste genealogiche non sono che la storicizzazione delle “esperienze-limite” di Bataille – follia, crimine, erotismo, esperienza interiore –, ossia il tentativo di mostrare come, nella storia del sapere in Occidente, tali esperienze siano state trasformate in “oggetti della conoscenza”; e di mostrare al tempo stesso gli effetti, in termini di assoggettamento, che tale padronanza razionale dei nostri “limiti” ha prodotto nella modernità. In altri termini, tutto il tentativo di Foucault è consistito nell’usare la critica storica per aprire, in stretto contatto con i movimenti di contestazione nei manicomi, nelle prigioni ecc., delle “partite di verità”, riattivando l’eccedenza delle esperienze-limite rispetto alla loro “totalizzazione”, conoscitiva o scientifica, connessa con dei concreti meccanismi di potere, sia disciplinari sia biopolitici.

Tornando a Bataille, bisogna ricordare che negli anni ’30 partecipò, insieme a buona parte dell’*intelligenza* parigina, tra cui Queneau e Lacan, alle lezioni di Kojève su Hegel, e tutta la sua opera potrebbe essere vista come un’incessante, ostinata “risposta” a Kojève. In una famosa lettera a lui indirizzata, contenuta nel *Collegio di sociologia*, dice: «Immagino che la mia vita – o, meglio ancora, il suo aborto, la ferita aperta che è la mia vita – costituisca di per sé la confutazione del sistema chiuso di Hegel» (Bataille 1991, p. 111). In fondo, Bataille non ha fatto che ripetere, sviluppandola, questa “tragica” contestazione del sistema chiuso di Hegel-Kojève. Pensiamo in particolare a cosa afferma Kojève, rispetto alla dialettica servo-padrone, nella sua rilettura della *Fenomenologia dello spirito* di Hegel: la verità del signore è il lavoro del servo. Ebbene, è questa “verità” che Bataille contesta, il modello antropologico della padronanza razionale, calcolatrice e utilitarista. Tutto il suo discorso sulla “sovranità”

votata al gioco, allo spreco e all'inutile, non è che il tentativo di riaprire, ai limiti dell'esperienza umana, la tragica ferita – l'eccedenza, lo “strano sovrappiù” (come lo chiama Blanchot nel suo testo dedicato proprio all'esperienza-limite di Bataille) – che non cessa di esporre l'umano a ciò che non è controllabile, padroneggiabile, di farlo sporgere sull'abisso facendone un radicale punto interrogativo e un'interminabile posta in gioco.

C'è poi l'altra linea che ha a che fare con la fenomenologia. Collegare la fenomenologia con la linea batailliano-foucaultiana è un passaggio un po' ardito, avendo lo stesso Foucault operato uno strappo molto deciso rispetto alla fenomenologia che, insieme all'hegelismo e al marxismo umanista, costituiva la base della sua formazione universitaria. Tuttavia, proprio grazie a Basaglia (il quale, non dimentichiamolo, a un certo punto prese anche lui le distanze dagli psichiatri fenomenologi), ho continuato a riflettere sul possibile nesso tra l'*epochè* husserliana e quella che, in *Bisogna difendere la società*, Foucault chiama “critica effettiva”: la concreta sospensione del regime di verità, e dei dispositivi di potere a esso connessi, che può nascere dall'accoppiamento tra saperi storici eruditi e lotte attuali della gente (la genealogia è “effettiva” se, attraverso quest'accoppiamento, si produce un'*epochè* “storica” del regime di verità). L'esperienza di Basaglia, e più in generale del movimento antistituzionale, può essere considerata come un esempio concreto di “storicizzazione” dell'*epochè*, attraverso quel lungo processo – insieme critico, pratico e politico – di contestazione del sistema manicomio-malattia mentale sfociato nella legge di riforma 180. Perciò ho sempre pensato che, per comprendere fino in fondo, cioè fenomenologicamente, la fenomenologia, bisognasse a un certo punto abbandonare il terreno della filosofia e passare attraverso Basaglia (e Fanon, che ha un percorso analogo): la sua esperienza mostra, per così dire, il passaggio della fenomenologia oltre lo specchio.

Da questo punto di vista, è importante considerare come si produce questo passaggio, questa effrazione, cioè qual è il “punto di rottura” dell'*epochè* in Basaglia. Il radicale “voto di povertà”, che secondo Husserl deve caratterizzare lo sforzo filosofico di sospendere i pregiudizi per tornare alle cose stesse, in Basaglia si radicalizza ulteriormente, spostandosi sul piano di un'azione concreta di sospensione del manicomio e di reinvenzione delle relazioni con gli internati. La fenomenologia attraversa lo specchio quando Basaglia, varcando le soglie del manicomio di Gorizia, subisce uno shock tremendo. La sua volontà filosofica (fenomenologica) di comprendere fino in fondo l'esperienza della follia, è per così dire tagliata, ferita dalla scoperta che i pazienti sono prima di tutto degli esclusi sociali; e che quindi per “incontrarli” bisogna prima di tutto sospendere il sistema istituzionale e scientifico che produce quotidianamente la loro esclusione (il sistema manicomio-malattia mentale). Qui Basaglia radicalizza ulteriormente il voto di povertà husserliano, giacché rinuncia anche alla pretesa filosofica di comprendere la “verità” della follia. Entra così in un rischioso processo di distruzione di sé come soggetto della conoscenza, mentre, contemporaneamente, fa entrare in crisi il suo ruolo istituzionale di garante della sicurezza sociale. Tutto questo duro processo di rinuncia, di perdita, di disaffiliazione, questa lunga traversata nel deserto ha tuttavia offerto la possibilità di reinventare il legame sociale con chi soffre di disturbi psichici, prima all'interno dei manicomii, e poi nel più ampio contesto della società italiana.

La questione del voto di povertà si ritrova in tutta la riflessione sviluppata da Foucault nel corso *L'ermeneutica del soggetto*: ancora uno strano effetto di risonanza con Husserl, effetto che, tuttavia, per me è stato possibile cogliere proprio immergendomi nell'esperienza storica di Ba-

saglia. In questo corso, Foucault rimette in discussione il “sapere di conoscenza” dei moderni – secondo cui il soggetto, grazie alle sue intrinseche dotazioni intellettuali, è proprietario di diritto della verità – riattivando il “sapere di spiritualità” degli antichi: in questo caso, il soggetto non preesiste al rischioso processo di trasformazione di sé, di “alterazione”, grazie al quale può avere eventualmente accesso alla verità. Senza la rinuncia alla propria identità statutaria, senza messa in crisi del proprio ruolo sociale, senza rischio della disaffiliazione (che è forse anche il rischio della stessa dinamica desiderante: pensiamo a ciò che dice Lacan a proposito del “non cedere sul proprio desiderio”), ebbene nessun percorso di verità è possibile. In altri termini, anche il sapere è una posta in gioco, essendo attraversato, travagliato da un’oscillazione interminabile: da un lato il sapere-conoscenza, un sapere di proprietà e padronanza; dall’altro il sapere-esperienza, un sapere nel quale si corre il rischio di essere spossessati e di perdere il controllo; un sapere che si gioca nella prova, nel *pathos* di una radicale trasformazione di sé. Il sapere di spiritualità comporta certo un prezzo da pagare: l’esoso prezzo della disaffiliazione e della perdita di *status*; tuttavia, a questo prezzo può corrispondere il premio dell’accesso alla verità e della conseguente “trasfigurazione”, come dice Foucault. Nel caso di Basaglia, tale trasfigurazione va sicuramente ricondotta alla reinvenzione dei legami sociali con chi soffre di disturbi psichici, e alla possibilità di “incontrare” finalmente la loro soggettività, sia sul piano della relazione terapeutica, sia su quello delle relazioni sociali.

Nonostante questo premio, che tuttavia non è dato una volta per tutte e richiederebbe oggi di essere “riguadagnato”, il prezzo pagato da Basaglia non va mai dimenticato: per questo non può essere proposto come un “modello” da imitare, cosa che purtroppo avviene, esplicitamente o implicitamente, a causa dei fatali equivoci prodotti dalla sua monumentalizzazione. Dietro la crosta apologetica della sua epopea, riformatrice o rivoluzionaria che dir si voglia, c’è il vertiginoso “salto nel buio” di qualcuno che ha corso il rischio della disaffiliazione e ne ha pagato fino in fondo il prezzo. Quella in cui Basaglia si è mosso, era tuttavia un’epoca, complessivamente, più “sensibile” a questo tipo di traiettorie. Si può consigliare oggi, alle nuove generazioni, un simile salto nel buio? Si può chiedere di imitare questo tipo di esperienza, in un mondo profondamente cambiato, e molto meno accogliente rispetto a tali traiettorie? Tutto ciò che forse si può fare, è indicare che queste traiettorie sono esistite; mostrare che, sebbene in un contesto diverso, un salto nel buio è stato possibile; e magari suggerire che, se oggi vogliamo riguadagnare il premio di un legame sociale più qualificato, non solo con chi soffre di disturbi psichici, ma più in generale, non possiamo non lanciarcene di nuovo, anche se in un modo diverso e tutto da inventare, nell’avventura di desiderare; non possiamo non affrontare il rischio di slegarci, rimettendo in discussione i rapporti stabiliti, per costruire la possibilità di legarci diversamente, sia con noi stessi sia con gli altri.

## Bibliografia

- Bataille G. 1991, *Lettera a X., incaricato di un corso su Hegel*, in Hollier D. (a cura di), *Il Collegio di sociologia (1937-1939)*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Foucault M. 2003, *L’ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France 1981-1982*, a cura di F. Gros, trad. di M. Bertani, Feltrinelli, Milano.



# Quattro chiacchiere prima della *puntura*. Basaglia, la potenza, il miracolo, la liberazione e la salvezza

Francesco Di Nuovo

Proverò a trascrivere sul filo, spero benevolo, della memoria le quattro chiacchiere che qualche tempo fa mi feci con Maurizio (Bellomo 2015) poco prima della sua *puntura* Long Acting mensile al CSM 5 della Guadagna.

In un primo tempo, mi ero proposto di commentare quanto riportato di quell'incontro con:

- un approfondimento teologico sul testo evangelico citato da Maurizio;
- alcune citazioni di Massimo Cacciari, di Emmanuel Lévinas e di Michel Foucault sulla figura *potenza*;
- il concetto di *Noli me tangere* di Romolo Rossi a proposito della figura *miracolo*;
- diversi riferimenti a Jacques Derrida, Dante Alighieri e Don Lorenzo Milani a proposito della figura *miracolo*.

Ovviamente non ho pensato ad alcun approfondimento sulla figura *salvezza*, essendo questa, come si vedrà, rimasta in sospeso.

Poi ho cambiato idea.

Tutto questo bel carico di ragionamenti e di discorsi avrebbe probabilmente finito per appesantire il racconto, rendendone meno fluida e fresca la lettura. Magari vi ritornerò in un altro momento. Per ora penso sia meglio così.

Di Maurizio dirò questo.

Da alcuni anni mio paziente al CSM, lui la *canazza tinta* della follia l'aveva conosciuta per davvero, sperimentandone sulla carne i cattivi morsi feroci. Quegli stessi morsi e graffi e urla che dieci anni prima l'avevano spinto a buttarsi giù nell'abisso della pazzia; e che *il buttarsi giù* non sia un semplice modo dire ce lo dice quel *sopravvissuto* che compare nel titolo del suo libro; parlo qui della creatura, fatta di parole, che un senso liberatorio diede poi alla sciagurata vicenda di dieci anni prima.

I morsi di un tempo ormai per fortuna non l'assalgono più. Gli è rimasto, come immolato e intangibile, un *fondo* di astrattezza e di sospensione, *d'avamposto* si direbbe, proprio

come ci insegna la magistrale descrizione di Wolfgang Blankenburg. Un *fondo* che mi fa pensare a Dino Buzzati, al suo *Deserto dei Tartari*, un avamposto di frontiera per l'appunto, *dove nulla e tutto accade a un tempo*.

Il talento di Maurizio è che questo *fondo* lui sa descriverlo con naturale quanto raffinata grazia: ne riconosce le impennate vertiginose e gli ambigui richiami, ne sa tracciare i labili confini e le infinite propaggini; e, soprattutto, arriva persino ogni tanto a giocare con sussiegoso orgoglio. Maurizio sa che l'incontro con la *canazza tinta*, una volta che questa, per quanto *addummiata*, sia stata finalmente domata, gli ha concesso di ereditare un tesoro di conoscenza incarnata che certamente il suo psichiatra non può neppure sognarsi di sfiorare. La cosa buona è che di tanto in tanto il sussiegoso orgoglio cede il passo a una tenerissima e generosa voglia *d'insegnamento*; che dunque io ne faccia a mia volta tesoro del suo racconto, per me e per gli altri miei pazienti.

Non vorrei enfatizzare la cosa, ma forse è proprio così che Maurizio è *riuscito a fare di un destino di morte un destino di vita*.

Ed è per tutto questo che quel giorno, quando Maurizio mi prese il discorso su Basaglia, io non potei fare a meno di riservargli il più attento ascolto. Chi infatti meglio di lui aveva titolo per parlare di Franco Basaglia, «Psichiatra nato a Venezia l'11 marzo e lì morto il 29 agosto 1980, studioso non solo di Medicina, ma anche di Sartr, Pontì, Asserl e Bisvamgher, Specializzato in Malattie Mentali a Padova nel 1953, sposo nello stesso anno di Franca Ongaro, padre di Enrico e di Alberta, Direttore di vari Manicomi del Nord, Padre della Grande Legge 180»? Una gran degna persona, insomma, che la *canazza tinta* l'aveva davvero combattuta sul campo vivo della battaglia, mettendoci e rischiandoci del suo, e non *bello ammucciato* dietro a una superba cattedra d'Università o a un sonnacchioso lettino psicoanalitico.

Quella mattina, dunque, Maurizio mi prese di petto, che forse neanche il buongiorno mi aveva dato. «Ma com'è che nella sua stanza qui al CSM non c'è appizzata una bella cornice con la foto di Basaglia (e lì, tutto d'un fiato, la presentazione di cui sopra), Basaglia il Basamento della Psichiatria italiana?»; fierissimo di quel "bas" – penso proprio gli sia venuto, folgorante, al momento – che solo un infame vezzo di ragionamento psicopatologico potrebbe considerare alla stregua di una residua allitterazione di qualità schizofrenica. Domanda questa, buttatami addosso, dal sotto del biondo baffetto malizioso che tutto un programma era.

Facendo io bellamente lo *gnorri*, gli chiesi perché mai avrei dovuto mettercela quella foto nella mia stanza al CSM, accanto alle foto di Maigret – versione Gino Cervi – di Maria Yudina e di Edith Stein.

«Perché il dottor Basaglia fu potente, ci fece il miracolo, come Gesù Cristo, e come Gesù Cristo la liberazione e la salvezza ci portò».

### **La potenza**

«Sì potente fu, e buono pure, e non come Perlusconi – e lì se ne venne con un'altra delle sue – Per-lusconi, la Per-la, ma quale Perla, per carità!».

Io, ancora a fare lo *gnorri*: «Ma potente e buono de che?».

«Io m'immagino questa cosa, che uno è potente non quando fa le guerre o, come oggi qua da noi altri, si piglia i voti e poi non fa una m...; no, io penso che uno è vero potente

quando fa delle cose e poi queste cose ci cambiano la giornata colla sua migliorìa. Ma proprio la giornata, voglio dire, la minutaglia della giornata, come le porto l'esempio di noi che oggi ce ne stiamo qui, prima della puntura, a camminare, babbare e contarci le cose sotto questo bellissimo sole. Ora vuole che se non c'era Basaglia eravamo qui a fissiarcela belli tranquilli come siamo? E io pure a farci l'accusa e a pigliarla pure in giro, a lei, il mio dottore, che non ce l'ha ancora la cornice di Basaglia? Ma andiamo! Lei lo sa dove eravamo se non c'era iddu! Lei colla camicia bianca lunga, dietro una scrivania con qualche mala siringona in mano e io stinnicchiato e pure attaccato sopra qualche malo letto. E ora, invece, io sono qua a farci il maestro e lei come un caruso che mi deve ripetere la lezione. Anzi, mi viene questo in testa, che pure lei in questo momento è potente, perché non fa il dottore che sa tutte le cose come l'Ave Maria, ma fa il dottore che resta due passi dietro e sta zitto, fa finta di non sapere le cose e così fa parlare a me».

### **Il miracolo**

«Basaglia il miracolo così lo fece, uguale a quello di Gesù, senza che Gesù se la prende a male».

E io: «See, pure il miracolo come nostro Signore! Che fa Basaglia? Ora si mise a moltiplicare i pesci e a trasformare l'acqua in vino?».

«Ma quando mai! Che fa, lei non lo sa? Basaglia fece come Gesù con quello che non parlava e non ci sentiva, che c'infilò il dito nell'orecchio e quello ci sentì, poi ci toccò la lingua colla saliva quello parlò».

E io, ora davvero basito, altro che finto gnorri: «Ma tu queste cose dove le hai sentite?».

«Come dove l'ho sentite? Nel Santo Evangelo, letto di persona dal parrino».

### **La liberazione**

«E perciò la dico giusta se penso che quel poveretto, una volta che cominciò a sentire e a parlare, vero libero fu, perché prima le parole per sentirle e dirle aveva bisogno di qualcuno; e magari giusto per questo invece di amico quello ci faceva da padrone superchioso; e poi forse manco giuste gliel'aveva contava. E così, via facendo, quel cristiano che idea si poteva fare di lui stesso e del mondo, se le parole ci arrivavano così affumate? E poi sa cos'è che m'immagino, che però questo il parrino non l'ha detto, e cioè che quel miracolato, che prima se ne doveva stare sempre in un agnuni, incollato a chi gli faceva il favore di prestargli la lingua e l'orecchio, se ne scappò di casa e pigliò a girarsi il mondo, perché, come diceva quella benedetta donna di mia madre, "cu avi lingua passa 'u mari'"».

### **La salvezza**

«Alla fine, un'altra cosa gliela voglio proprio dire bella e chiara. "Cu avi lingua si salva", sempre mia madre me lo diceva e una volta mi spiegò anche perché e, se lo vuole sapere, ora glielo spiego pure a lei, perché me lo fui stampato bene in testa».

Ma fu lì che lo chiamarono per la *puntura* e quella *spiegatura* mai purtroppo mi arrivò.

## Bibliografia

Bellomo M. 2015, *Aforismi esistenziali di un sopravvissuto*, Vera Canam, Palermo.

Murales di S. Maria della Pietà, Roma



## S. Maria della Pietà, Roma

Installazione esterna:

### **ANIMA NERALBA**

olio su plexiglas di Luis Gomez de Teran

realizzata con il contributo del Centro Studi e Ricerche S. Maria della Pietà Associazione Onlus e donata alla ASL Roma 1.

### **Luis Gomez de Teran | VENEZUELA**

Luis Gomez de Teran si ispira alla pittura barocca, in particolare alla scuola del Caravaggio, alle ricerche sull'uomo, sul suo corpo in momenti di bellezza e di decadimento. La sua tecnica, minuta e attenta, ricerca la simmetria e la luce, avvalendosi sempre di contrasti e di potenti dicotomie tra bellezza e orrore, forza e debolezza, vincitori e vinti, libertà e schiavitù, vita e morte. Gomez è prevalentemente autodidatta nel suo uso di oli, colori acrilici o bombolette che utilizza per dipingere tele, muri, ferro o specchi.

La sua fama internazionale deriva dai muri che ha realizzato in molte città, tra cui Roma, Berlino, Londra, Barcellona e Mumbai.

Luis Gomez de Teran è l'autore dell'opera *Le cose che non si vedono* presente sulla facciata del Padiglione 6 Museo Laboratorio della Mente



# Memorie dei tempi basagliani

Giuseppe Martini

Non ho mai conosciuto personalmente Basaglia, o meglio, lo intravidi una sola volta e il ricordo, a tornare a quel fugace incontro, si sfoca del tutto. Del resto, la mancata conoscenza non desta stupore: purtroppo morì solo pochi mesi dopo la mia laurea in Medicina. Eppure quelli sono stati per me, per tutta la mia generazione, gli anni di Basaglia. Come altrimenti definirli? La sua ombra, benevola, incalzante, disturbante, mi ha costantemente accompagnato, peraltro senza mai scalzare il mito (tale era allora) della psicoanalisi, di cui certo lui non era un entusiasta (e come non riconoscerne anche qualche buona ragione?). D'altronde, se oggi la sua figura risulta talora sconosciuta persino ai professionisti della salute mentale (o dovrei dire della psichiatria?), allora tutti ne parlavano. Me lo ritrovai dinanzi (beninteso figurativamente) pure in un vetusto e antiquato manicomio dell'isola di Creta, per nulla toccato da aneliti innovativi, ove avevo deciso di trascorrere uno *stage* nell'estate del '77: un onorevole compromesso tra studio e vacanza, date le spiagge incantevoli che lo attorniavano. Me ne ero partito con una associazione, oggi resa più che desueta dall'Erasmus, che mi pare si chiamasse "Studenti di Medicina all'estero", pochi mesi dopo il mio ingresso, in qualità di studente del quarto anno, nella Clinica psichiatrica dell'Università di Ancona, annessa all'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Quando si seppe che ero italiano, dal gruppo dei pazienti si fece avanti una signora di mezza età, abbastanza sull'esuberante per come la ricordo, che gridò a gran voce in italiano: «Basaglia, Basaglia, quando ero di passaggio a Trieste sono stata curata proprio da lui: un mito, un grande!».

Quanto a me, quell'unica volta che lo vidi – abbastanza da lontano, lui era sul palco e parlava – fu pochi mesi dopo, durante un'occasione storica: il *Reseau* di psichiatria a Trieste nel settembre 1977. Me ne andai con un gruppo di colleghe e colleghi, studenti anche loro o già in forza nella psichiatria anconetana. Certo, lì eravamo ben lontani dai centri nevralgici della riforma, ma anche nelle Marche c'era fermento, seppur non di certo paragonabile ai mitici Trieste e, a seguire, in scala di grandezza, Reggio Emilia e Perugia. Del resto, il mio entusiasmo per la psichiatria non era di per sé legato *in primis* al movimento antistituzionale, sebbene mi venga difficile separare l'immagine che allora avevo della disciplina dagli scritti di Cooper, Laing, e appunto Basaglia e Jervis. Ma la mia passione era nata ancora prima, negli anni del liceo, leggendo Marcuse e, attraverso di lui, scoprendo Freud.

Ricordo "il mio primo giorno in manicomio" (è il titolo di un bel racconto di un internato del Santa Maria della Pietà, Arturo Paolini): camminavo disorientato per i viali del grande parco (tutti i manicomi, come noto, avevano bei parchi alberati oggi riconvertiti) alla ricerca

della Clinica universitaria, che occupava un padiglione di recente costruzione all'estremo sud dell'area. Passai dinanzi al padiglione centrale che s'ergeva maestoso a dividere lo spazio di destra e sinistra (tutti i manicomi avevano un bel padiglione centrale). Lì erano situati gli uffici amministrativi e al piano superiore l'abitazione del direttore, come da inveterata consuetudine di inizio Novecento, che però si sarebbe presto persa di lì a poco. Ricordo spesso, quando poi mi sarebbe toccato ripetutamente passare nei pressi per raggiungere il posto di guardia notturno, le note di pianoforte che giungevano da quelle finestre, in corrispondenza del salone, dove il figlio del direttore, mio compagno d'università, divenuto anche lui psichiatra (ma rimanendo *in primis* musicista), si esercitava beneficiando del prolungato silenzio di quei viali, interrotto a tratti solo dalle rare urla di un giovane paziente oligofrenico, non rammento se nato in ospedale o condotto lì nei primi anni di vita, davvero brutto, tanto da ricordare un mascherone gotico, ma simpaticissimo (il che non toglieva la necessità di evitarne gli abbracci con le mani impregnate di feci e chissà che altro).

Ma in quel mio primo giorno di manicomio, inverno di quel medesimo 1977, per me vero "anno di passaggio" in tanti sensi e per svariati motivi, superata sulla destra la palazzina principale, girato poi a sinistra e di nuovo a destra, mi persi e infine mi ritrovai a entrare timidamente in uno dei padiglioni storici di fattura inizio Novecento e bussare alla prima porta che mi ritrovai dinanzi (da tempo non c'erano più serrature e posti di guardia), dove mi trovai davanti un collega impegnato con un paziente, che gentilmente mi diede indicazioni. Rammento una mia piacevole emozione nell'"assistere" per la prima volta a un colloquio psichiatrico e nel prefigurarmi io al posto di quel medico in un ambiente in trasformazione che, sebbene mantenesse tutta la pesantezza e l'oscurità di quello stile architettonico carcerario, pareva riuscisse a caricarsi (oltre che di una romantica ambiguità tobiniana) anche del "mistero" della cura.

Nei tanti padiglioni che di lì si dipartivano, avrei conosciuto i miei primi pazienti i cui volti tutt'oggi mi si presentano con lineamenti inconfondibili: Laura, ad esempio, che soffriva di una forma di grave schizofrenia efebrenica e girava con la sua bambola, eppure capace di grandi slanci affettivi verso noi tirocinanti e Vinicio, che spesso l'accompagnava, paternamente prendendosene cura, alto, dal sorriso benevolo e da modi così distinti che facevano pensare al rampollo di qualche famiglia nobile.

Tra quei corridoi, ma anche spostandomi nel territorio circostante, avrei svolto la mia tesi di laurea, *I rapporti di coppia all'interno dell'Ospedale psichiatrico*, con una "casistica" di storie non di rado coronate da una convivenza in case famiglia o appartamenti sparsi nei paesi vicini con il supporto, allora alle prime armi, dell'assistenza infermieristica territoriale.

Sebbene il grande amore di quei tempi restasse la psicoanalisi, cominciavo a leggere oltre ai testi di Freud, gli scritti di Basaglia, pubblicati in due volumi da Einaudi, *Fogli di informazione*, la rivista di Psichiatria Democratica cui subito mi abbonai, *L'Io diviso* di Ronald Laing, che risaliva a diversi anni prima, e le varie antologie dell'antipsichiatria pubblicate da Feltrinelli, nonché i volumi della famosa *Biblioteca di Psichiatria e di Psicologia Clinica*, presso il medesimo editore, curata da Gaetano Benedetti e Pier Francesco Galli, che era stata inaugurata da *Il colloquio psichiatrico* di Henry Stack Sullivan. In ogni caso (siamo ancora al 1977), il panorama culturale anche ad Ancona non era invero così male. Sebbene fossimo in una città di provincia che più provincia non si può (ma che pure appariva una metropoli a me che venivo

da un paese dei dintorni a imperitura vocazione conservatrice), la frequentazione della Clinica psichiatrica, alla cui direzione era stato chiamato Vittorio Volterra, cominciò a dare bei frutti. Ai seminari del lunedì pomeriggio, che si svolgevano in un'auletta di quella prima sede universitaria, che poi sarebbe stata resa inagibile dal terremoto, cominciarono a succedersi relatori quali Franco Fornari, Domenico Casagrande, collaboratore di Basaglia a Trieste, Pier Francesco Galli, Romolo Rossi, Carlo Reda, Luigi Frighi, Pino Vetrone, Bruno Callieri, Dario De Martis, Fausto Petrella, Silvano Arieti di passaggio dagli States, Gaetano Benedetti e infine (*last but not the least*) Salomon Resnik, che poi divenne professore a contratto alla scuola di specializzazione, aprendosi così le porte per una intensa, fruttuosissima collaborazione.

Terminati i seminari, con un gruppo di amici, studenti prima, specializzandi poi, e con le immancabili psicologhe tirocinanti, ci si ritrovava per un aperitivo in un bar a picco sul mare. Lì si cominciava a parlare di varia umanità, come naturale tra giovani che da non molto avevano passato i venti e l'adolescenza. Ma quando attaccavo io, il tema era sempre monotamente, ripetutamente, incessantemente la psichiatria e, quel che è peggio, era davvero difficile (anzitutto per me stesso) fermarmi. Me lo faceva notare bonariamente un collega di poco più anziano, che già lavorava da qualche anno in Clinica. Io gli davo ragione, cercavo di smettere, mi provavo a parlar d'altro per cinque minuti e poi riattaccavo.

Giunse così il 5 novembre 1979, giorno della laurea. Lo cito non perché la ricorrenza abbia in sé qualche rilievo, ma per il fatto che il 6 novembre alle 9 di mattina ero già a prestare servizio come volontario e subito dopo come "tirocinante pratico ospedaliero" nel Servizio di Psichiatria di Diagnosi e Cura/Clinica Psichiatrica universitaria. Tra il '77 e il '79 c'era stato infatti il '78 e con esso, come stranoto, la Legge 180 con l'istituzione degli SPDC. I docenti più illuminati s'erano affrettati a proporre (alcuni invece lo avrebbero fatto con vari decenni di ritardo...) la conversione della clinica universitaria secondo i dettami della nuova legge e Volterra, in sintonia con i suoi amici Dario de Martis e Fausto Petrella, era stato tra questi.

Di quel periodo trascorso in SPDC, tra la fine dei Settanta e l'inizio degli Ottanta, cui sarebbe seguito un incarico temporaneo in Ospedale psichiatrico e nei nascenti servizi territoriali ad esso legati (leggasi CIM, Centri di Igiene Mentale) ho un ricordo che definirei "romantico" con me nel ruolo dello studente un poco invasato, che giunge a presentarsi in ospedale, non richiesto, il primo dell'anno, solamente a scopo scaramantico, in ossequio al detto *quel che fai il primo dell'anno, lo fai tutto l'anno*. Dato che oramai Ancona non mi bastava più e cominciavo a pensare alle città che consideravo centri nevralgici della psichiatria ma soprattutto della psicoanalisi, cioè Roma e Milano, mi ostinavo a rimanere nella cameretta dell'appartamento che dividevo sin dai tempi universitari con altri studenti, pur potendo permettermi con i miei primi guadagni un monolocale in affitto, senza gravare sui miei. E quella cameretta era davvero squallida: un letto dalla rete sufficientemente sfondata, un armadio di tela plasticata, un vecchio tavolo di legno, epperò di dimensioni tali da contenere per bene tutti i miei libri. Sopra il letto avevo attaccato con quattro puntine un manifesto di *Psichiatria Democratica* contro la stigmatizzazione, opera di un famoso vignettista dell'epoca, che avevo acquistato per l'appunto al *Reseau* e diceva grosso modo: "mi hanno fatto uscire dal manicomio, mi hanno trovato una casa e un lavoro... ma c'è gente che un matto lo riconosce anche quando è fuori". Su di un'altra parete, a fargli da contrappunto, avevo attaccato la locandina, più pregna di suggestioni psicoanalitiche e dal tocco raffinato, del film

*Nosferatu* di Werner Herzog. Avevo organizzato la giornata, specie le ore iniziali, in modo molto metodico: mettevo la sveglia alle 7.30 e dedicavo un'ora alla lettura prima di recarmi alle 9.00 in ospedale. Alternavo tre testi, nella convinzione che da essi avrei tratto linfa vitale e indicazioni operative utili per la mia giornata di lavoro, nella prospettiva di quello che era divenuto il mio interesse principale in ambito clinico: la psicoterapia psicoanalitica delle psicosi. Si trattava di libri allora di recente pubblicazione, di cui molto e a ragione si parlava, che tutt'oggi non hanno minimamente perso il loro valore, ma che forse troverebbero meno lettori: *Alienazione e personazione nella malattia mentale* di Gaetano Benedetti, *Interpretazione della schizofrenia* di Silvano Arieti e *Persona e psicosi* di Salomon Resnik.

Ma c'era anche l'altro mio interesse che si veniva formando in quegli anni, stavolta più epistemologico che clinico, di cui fu iniziale espressione un mio seminario tenuto durante i primi anni di specializzazione dal titolo *L'osservazione in psichiatria*, in cui per la prima volta feci uso della parola "ermeneutica". Così, già a fine '79, oltre che entrare in SPDC, avevo compiuto un altro passo importante: durante le vacanze di Natale ero andato a trovare uno psicoanalista milanese dagli spiccati interessi filosofici, che era solito trascorrere quel periodo, al pari dei mesi estivi, nella sua casa al parco del Conero: Enzo Morpurgo. Cominciò così un'intensa amicizia che si sviluppò non solo, in estate, nel corso dei giri estivi in barca a vela e delle cene con gli immancabili vincisgrassi che mia madre solertemente e abilmente preparava, ma anche, negli altri mesi dell'anno, con la frequentazione dei suoi seminari milanesi e della associazione da lui fondata, Psicoterapia Critica. Partivamo, io, un collega psichiatra e una psicologa, con il treno del pomeriggio che raggiungeva Milano intorno alle 20.00 e ce ne tornavamo con uno che viaggiava di notte, per giungere in Ancona verso le 6, 7 del mattino: una rapida risciacquata al viso e via in SPDC.

Ma dopo un anno e mezzo in Clinica e un semestre di supplenza nei nascenti servizi territoriali (allora di competenza non regionale, bensì provinciale), l'incarico non mi fu rinnovato. Partii per il servizio militare, ma nel frattempo avevo iniziato un'altra esperienza entusiasmante: i seminari di Salomon Resnik a Venezia. Lì conobbi un gruppo di psichiatri che avevano lavorato o ancora lavoravano a Reggio Emilia, orfani di Giovanni Jervis, che da poco se n'era andato a Roma, fortemente interessati come me alla psicoterapia degli psicotici in ambito istituzionale. Sempre in quel periodo, azzardai un colloquio per iniziare un'analisi didattica nella Società Psicoanalitica Italiana e, vista l'amicizia con Morpurgo, la scelta non poté che ricadere su Milano. Incontrai un didatta ed ottenni la sua disponibilità ad iniziare non appena fossi riuscito a trasferirmi, magari anche in una città non troppo lontana. In contemporanea un collega del gruppo Resnik mi invitò a partecipare a un concorso indetto a Reggio. Così feci, lo vinsi e risolta oramai l'indecisione tra Roma e Milano a favore di quest'ultima, dove mi attendevano sia la SPI che Psicoterapia Critica, finito il militare mi diressi alla volta dell'Emilia.

Giunto a Correggio sotto un nevischio irritante (si era negli ultimi giorni del 1982), dopo un poco confortevole viaggio in treno, mi ritrovai a bussare alla porta del SIMAP (Servizio di Igiene Mentale e Assistenza Psichiatrica). Qui mi ritrovai immediatamente immerso in quel clima poco asettico che contraddistingueva quegli anni (un clima che peraltro i CSM si sono portati avanti anche negli anni a seguire, ma spesso – vien da pensare – con meno spirito innovativo e un po' più di disorganizzazione). Mi venne ad aprire un infermiere dallo sguar-

do un po' bizzarro, accentuato dallo strabismo, mi squadro con un fare sbrigativo (che però avrei scoperto si combinava con una bella disponibilità affettiva) e mi condusse nel salone del pian terreno ove l'équipe era riunita... per l'ora di pranzo. Mi invitarono caldamente a unirmi a loro e poco dopo il medesimo infermiere, affaccendato, giunse dal cucinino retrostante con una padella di pasta. Si aprì una bottiglia di lambrusco – o forse più d'una – e tra l'alzataccia del mattino e il vino cominciai a mostrare un certo abbiocco. Nessun problema: prima di prender servizio mi “imposero” un meritato riposo presso una camera del non ancora inaugurato Centro Appoggio, progettato come centro crisi alternativo al ricovero ospedaliero (da poco avevo visitato quello di Aaron Esterson a Londra con Salomon Resnik). Ma, per lo meno nei due anni che io rimasi, il Centro non si aprì mai ed io fui l'unico (paziente?) a soggiornarvi per 3, 4 giorni, prima che una collega mi trovasse una sistemazione a Reggio.

Anche senza centro crisi, tuttavia, quegli anni di lavoro territoriale furono entusiasmanti, forieri di amicizie ancora oggi vive e di un impegno collettivo che, sebbene in alcuni di loro portasse le stimmate del “tradimento” jervisiano, era non di meno ancora quello di chi crede di star costruendo un nuovo modello di cura. Tra di essi brillava per impeto e empatica aggressività, che risparmiava ben pochi, la “pasionaria” della psichiatria reggiana, un'infermiera che di Jervis era stata stretta collaboratrice e che, laureatasi in quei medesimi anni, rivestiva ora il ruolo di psicologa del CSM. C'erano poi le supervisioni istituzionali, per me una novità, con uno psicoanalista di grande esperienza psichiatrica. Forse non avrei abbandonato così prontamente Reggio se, pochi giorni dopo esser giunto, telefonando con il cuore in gola a quello che avrebbe dovuto essere il mio analista didatta, lo sentii, dall'altro capo della linea, titubante e incerto, risolvendosi infine a dirmi che, insomma, non si ricordava affatto del nostro colloquio. Pochi giorni dopo, garantendomi di essersi premurato di ricercare accuratamente tra i suoi appunti, mi dette conferma di quella sua di certo irrilevante, ma per me disgraziatissima amnesia. Proprio in quegli stessi giorni era peraltro uscita la convocazione per i così detti “primi colloqui” da parte del Centro di psicoanalisi di Roma. Non c'era da perder tempo in indecisioni e feci la domanda. A questo punto ci si potrebbe chiedere perché limitare la mia scelta a Milano o Roma, quando era disponibile anche il Centro bolognese, che mi avrebbe con buona probabilità consentito, a differenza degli altri due, di fare le quattro sedute “avanti e dietro” senza necessariamente prevedere il trasferimento da Ancona. Certo il desiderio di evadere avrà avuto il suo peso, ma un rilievo d'una certa importanza l'ebbero anche Basaglia e il suo movimento. Il discorso si fa delicato... ma si parlava abbastanza d'un certo conflitto all'interno dell'Ospedale psichiatrico di Bologna tra i basagliani e gli psicoanalisti della SPI (non tutti certo, ma buona parte e nomi che contavano) ed io che ero piuttosto per il dialogo e l'integrazione (o detto in altri termini, con un piede da una parte e uno dall'altra) avrei avuto difficoltà e mettermi in quella situazione. Per una ragione non del tutto dissimile, non decisi mai di iscrivermi né a Psichiatria Democratica, né alla Società Italiana di Psichiatria, sebbene allora partecipassi frequentemente ai congressi di quest'ultima e della prima condividessi gli obiettivi di fondo, ma non il sociologismo e l'attitudine antipsicoterapeutica e antipsicoanalitica che ne conseguiva.

I due anni a Correggio passarono veloci, ma oramai ero proiettato verso Roma e dunque si rendeva necessario un rientro nelle Marche, da dove avrei potuto per lo meno iniziare la mia analisi in vista del trasferimento futuro. Tornai così nella mia stanzetta da studente (che

in realtà non avevo mai lasciato, utilizzandola come *piéd à terre* per i seminari del lunedì della Clinica psichiatrica) e mi apprestai a un quadriennio di lavoro a Falconara, stavolta sia nel CSM che in SPDC: pochi letti, ma all'interno di un reparto di medicina generale. Chi oggi penserebbe a una tale esperienza (che diede peraltro ottimi risultati) se non qualche scrittore di fantascienza?

Nel frattempo già nell'ultimo periodo trascorso a Correggio (e nei primi anni nuovamente ad Ancona) avevo cominciato a orientare verso Roma la mia formazione, seppur non ancora all'interno della Società Psicoanalitica. Ero in contatto con Massimo Ammaniti, anche lui conosciuto nel corso dei seminari della Clinica, il quale mi invitò a quelli che era solito organizzare insieme con Fausto Antonucci, presso il CSM di via Cimone. Anche qui con ospiti illustri e un tema di fondo ben definito, che dava anche il titolo alla rivista che aveva fondato e su cui poi mi capiterà di scrivere: *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*.

Poi, due anni dopo aver iniziato l'analisi a quattro sedute con conseguente io diviso tra Roma e le Marche (dove si rendeva necessario lavorare sino alle 20.00 del sabato sera per completare l'orario) vinsi finalmente un concorso come aiuto alla ASL allora n. 17 e fui destinato, su mia stessa richiesta, al nascente Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Santo Spirito: un'esperienza che anch'essa si preannunciava esaltante, non solo perché tale è inevitabilmente sempre la costruzione del nuovo, ma anche per l'ipotesi che veniva dichiaratamente e enfaticamente messa in gioco: un reparto con le porte aperte e senza contenzione. Giunsi nel gennaio dell'89: dunque anche in tal caso mancai – e di molto – un mio possibile incontro in diretta con Basaglia che, giunto a dirigere i servizi della capitale era, come ricordato in apertura, prematuramente deceduto nove anni prima nel pieno del lavoro drammaticamente difficile di importazione in area metropolitana dell'esperienza triestina. Restavano però i suoi allievi, tra cui in particolare due primari dalla tempra decisa: Tommaso Losavio, cui spetterà il merito storico della chiusura del Santa Maria della Pietà all'inizio degli anni Duemila e il più giovane Renato Piccione, primario appunto della ASL 17 e ideatore del nuovo SPDC del Santo Spirito. Di Renato si potrebbero elencare tanti punti critici: testardo, rigido, originale nelle sue teorie un po' più del necessario... e si potrebbe continuare a lungo su questa linea, ma vorrei ricordarne un'altra caratteristica: è stato indubbiamente il miglior direttore di Dipartimento che abbia avuto. Senza il suo entusiasmo talora un po' ingenuo si sarebbe potuto fare ben poco. Per giunta era pure ambizioso: sosteneva che quello da lui diretto fosse il miglior Dipartimento di Salute Mentale del Lazio. Ambizioso sì, ma probabilmente non a torto e, se non era il Dipartimento n.1, certamente spiccava e di molto. Oggi, con la situazione attuale del Servizio Sanitario Nazionale, anche ad essere i primi assoluti temo ci sia poco da vantarsi. Alla sua partenza (siamo all'inizio degli anni Duemila) la psichiatria manageriale aveva iniziato saldamente a prendere piede (ad essa si erano convertiti molti ex di Psichiatria Democratica e aree limitrofe) e l'ideologia del *management* si contendeva l'egemonia con la psichiatria biologica (con cui peraltro avrebbe sviluppato, com'era da attendersi, grandi intese).

Ma quegli anni Novanta furono altra cosa. La creazione del nuovo SPDC, che nei primi tempi si sarebbe davvero contraddistinto rispetto agli altri servizi romani per l'assenza di contenzione e le porte aperte, ci impegnò in continui incontri e in una organizzazione dell'équipe cui ci dedicammo intensivamente, come nostro compito esclusivo, per i 3, 4 mesi precedenti l'arrivo delle prime pazienti (si iniziò progressivamente con pochi posti riservati all'utenza

femminile per poi allargare anche agli uomini e arrivare infine ai posti letto previsti dalla Legge). Nel corso di quei primi anni vennero invitati supervisor particolarmente sensibili alla psicoanalisi istituzionale, come Filippo Ferro e Giancarlo Zapparoli. Fummo, per un periodo non breve, ma nemmeno troppo lungo, una prova tangibile dell'incontro tra il pensiero di Basaglia e la psicoanalisi. In quel clima diedi l'avvio al mio primo libro *Ermeneutica e narrazione*, che recava come sottotitolo: *Un percorso tra psichiatria e psicoanalisi*. Era un saggio non solo clinico, ma in buona parte anche teorico, come piaceva a me, in cui mi aprivo alla filosofia ermeneutica e soprattutto al pensiero di Ricoeur, ma era impregnato delle mie esperienze di psichiatria istituzionale e in particolare di quella in SPDC. Lì proposi l'idea di *agire empatico e comunicativo* e descrissi a mo' di racconto un caso che aveva strenuamente impegnato tutta l'équipe: una paziente, forse affetta da una sorta di psicosi isterica, che era pervenuta ad un quadro di cachessia con alterazione di numerosissimi parametri ematochimici, allettata, mutacica, nutrita e accudita pazientemente da una delle più solerti infermiere con una intensa collaborazione corale. Filippo Ferro ancora la ricorda bene e talvolta la rievoca quando abbiamo occasione di incontrarci. S'era davvero creato un clima corale dove l'agire (e il pensare) empatico e comunicativo prevaleva sul fare nelle sue forme protocollari e istituzionalizzate. Ma durò non molto, forse lo spazio di un quinquennio o poco più: il primario Antonio Marasca si pensionò, io, divenuto a mia volta primario, passai a dirigere un servizio territoriale del medesimo Dipartimento e, quando me ne tornai in Ospedale, quasi vent'anni dopo, trovai una diversa realtà. Nel frattempo, agli inizi del Duemila, anche Renato Piccione se ne era andato, consapevole di non riuscire a reggere (anche per suoi problemi di salute) l'impatto conflittuale con la nuova direzione aziendale, espressione tra le più meschine della nuova *governance* regionale.

Avevo dunque iniziato nel 1995 la mia esperienza di dirigente dei servizi territoriali (Centri di Salute Mentale in forma diretta, Centro Diurno, Comunità Terapeutica). Le varie équipe erano magari talvolta un po' litigiose e autoreferenziali, ma il coinvolgimento corale non aveva cessato d'essere al centro del gioco: si programmavano e realizzavano interventi per pazienti gravi non collaborativi (più correttamente si parlava di "situazioni di non collaborazione"), la psicoterapia era una forma di trattamento frequente e erogato non solo a pazienti psicotici, l'integrazione tra psicoterapia e psicofarmaci era una realtà (sempre peraltro in forme perfezionabili e dall'esito non garantito: *l'integrazione è alla fine e non all'inizio*, affermavo parafrasando quanto Henry Ey aveva detto della schizofrenia), le attività di gruppo offerte dal Centro Diurno erano numerosissime, si sviluppavano in gran misura nel territorio e coinvolgevano persone con le competenze più diverse (artisti, giornalisti, fotografi, istruttori sportivi, guide del CAI, etc.). C'era poi la nuova Comunità Terapeutica, aperta anch'essa su *input* di Renato Piccione, integrata nel territorio, al centro di uno dei quartieri della Roma "bene" con diversi appartamenti satelliti, ove i pazienti non in grado di rientrare a casa potevano trasferirsi per un più prolungato periodo, pur continuando a fruire del supporto degli operatori della Comunità stessa. Occorre del resto ricordare come all'epoca i Dipartimenti romani pullulassero di psicoanalisti, la maggior parte dei quali era strenuamente impegnata nell'interrogarsi sul ruolo e la funzione della psicoanalisi nelle istituzioni: un tema rimasto saldamente al centro del dibattito per tutta la seconda metà del secolo scorso e ancora aperto. Certo non per tutti era così. V'era anche chi preferiva viverci una "sana" dissociazione (chissà se Bromberg l'avrebbe definita così) tra l'impegno pubblico del mattino e lo studio privato del pomeriggio.

Nel contempo il Dipartimento aveva definito un accordo con la Clinica psichiatrica del Policlinico Gemelli, allora retta da un amico della generazione precedente la mia, con cui pure avevo condiviso le mie passioni, Sergio De Risio. La scuola di psichiatria della Cattolica era stata da sempre alfiere della psichiatria psicoanalitica, sebbene non si fosse reso possibile quello che tanti anni prima s'era realizzato ad Ancona, Pavia e altre realtà nazionali: la creazione di un SPDC a conduzione universitaria. A questo suppliva un lavoro a stretto gomito: molti di noi insegnavano alla scuola di specializzazione, gli specializzandi frequentavano le strutture del Dipartimento per il loro tirocinio, c'era una buona intesa culturale che si traduceva nell'organizzazione congiunta di convegni e seminari (centrale anche qui l'apporto di Salomon Resnik).

Ma con l'arrivo del nuovo secolo, il cambiamento iniziò a farsi sentire. Si iniziò a parlare di azienda e *management* e molti furono affascinati dalle nuove prospettive. Il Dipartimento si valeva ancora di "supervisor" esterni, ma non erano più colleghi di altri servizi o psicoanalisti, bensì analisti della Bocconi o della LUISS, nei casi più felici, o di agenzie private, nei più frequenti, del tutto sconosciute e prive di prestigio, ma che godevano di buoni rapporti con la direzione aziendale.

A questo si affiancava, sul piano di più stretta pertinenza psichiatrica e dell'insegnamento universitario, il ritorno trionfante della psichiatria biologica, con i suoi araldi: il *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders* nelle sue ultime versioni e soprattutto la fede incrollabile che la sofferenza psichiatrica fosse riducibile nel 90% dei casi ai disturbi bipolari (riduzionismo in verità non imputabile alle varie edizioni del DSM, ma che contraddistingue tuttora buona parte della psichiatria universitaria italiana con quella romana in testa).

Così dimenticare Basaglia è divenuta una realtà.

I servizi hanno dimenticato d'un sol colpo sia Basaglia che il pensiero psicoanalitico; la carenza di personale ha fatto il resto ed oggi le parole "dialogo", "relazione", "intersoggettività" continuano ad essere al centro del vocabolario dei filosofi e indubbiamente degli psicoanalisti, ma non più degli psichiatri, i quali non si sentono onorati, bensì in forte disagio, ad avere a che fare con una disciplina (*non l'unica, ma con modalità uniche*) il cui statuto epistemologico si colloca all'incrocio tra scienze umane e scienze della natura (distinzione che purtroppo anche in campo epistemologico oggi si tende a svalutare).

Dimenticare Trieste, dimenticare Basaglia, dimenticare quanto la psichiatria avrebbe potuto insegnare a una medicina che mai è stata depersonalizzante come oggi, preferendo piuttosto la prima accodarsi alle aspirazioni protocollari e *evidence based* della seconda, ignara che proprio tale prospettiva la condanna a quel ruolo ancillare, che già ricopriva prima di Basaglia.

Ho voluto raccontare, io che ho la cattiva abitudine di parlare sempre di metodo e di evidenziare l'asettico primato della teoria, foss'anche per contestarne il valore, quanto la passione abbia pesato nella professione per tanti colleghi della mia generazione e il ruolo che potrebbe continuare a ricoprire, una passione senza la quale è ben difficile sentire la *felicità* della psichiatria.

Se avessi scritto un ennesimo saggio, non penso sarei riuscito nell'intento e, dopo anni di tanto scrivere, forse mi sarei anche un poco annoiato.

# Alcune riflessioni sui servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche. Essere psicoanalisti all'interno di un servizio psichiatrico, oggi

Maria Antonina Cannella

*Il teatro della follia si chiude, il sipario cala. Un grande momento per noi che a spingere questo risultato abbiamo lottato anni della nostra vita.*

[...]

*Il matto c'è, esiste. Le cause, vi dico francamente: la scienza psichiatrica, in gran parte, è inesistente; non sappiamo che cos'è la vita, figurarsi se possiamo sapere che cos'è la follia.*

F. Basaglia (brevi frammenti, tratti da alcuni articoli di giornale dell'epoca, 1976)

Quando ho deciso di frequentare la clinica psichiatrica ero studentessa in medicina al quarto anno e aspettavo di poter cominciare il mio tirocinio presso la clinica psichiatrica dell'Università di Palermo. Il mio acerbo desiderio era quello di poter ascoltare i pazienti più fragili che nessuno ascoltava. Era il tempo della Psichiatria Democratica basagliana, l'approccio clinico era quello della lettura psicodinamica dei sintomi. Iniziava a farsi strada il concetto dell'approccio integrato e dell'équipe multidisciplinare, delle riunioni per la discussione dei casi clinici. Il mio entusiasmo veniva nutrito da questo nuovo movimento che faceva respirare un clima più innovativo e per certi versi rivoluzionario.

Questo è stato il momento in cui ho cominciato a conoscere anche Jung e la cultura junghiana. Erano gli anni '90, gli echi di un cambiamento sociale ispiravano i più avvertiti e interessati alla psichiatria, quale scienza dell'uomo. Ma la psichiatria in ambito medico continuava a spingere verso una prassi conservativa attraverso lo sviluppo dei vari DSM con la ricerca delle più raffinate categorie diagnostiche volte all'oggettivizzazione della malattia mentale, in sintonia con il mandato sociale e gli eventi clinici che caratterizzavano gli psicotici e i pazienti più gravi che riconducevano verso l'agire e il controllo.

Fin dagli anni della specializzazione, ho vissuto un profondo contrasto tra le due spinte opposte che l'esperienza in reparto psichiatrico mi sollecitava, a volte lacerandomi: da un lato a comprendere il senso nascosto nella comunicazione verbale e non verbale del paziente e dall'altro a definire con una diagnosi la sofferenza muta e spesso in traducibile che l'incontro

con il paziente mi comunicava. Ho tante volte messo in discussione il mio sentire, come se potesse rappresentare un limite soggettivo a poter sintetizzare e convertire, in virtù del mio essere psichiatra, la sofferenza psichica del paziente in una categoria di sintomi, verso una mera oggettivazione assimilabile ad una patologia dell'organismo.

A tal proposito, mi risuonano in mente le parole di S. Agostino sul tempo: se nessuno me lo domanda lo so, se voglio spiegarlo a chi me lo chiede, non lo so più.

Se diamo uno sguardo alla travagliata storia della psichiatria italiana, mi sembra di poter affermare che la fase matura a cui approda la psichiatria italiana si snoda attraverso un percorso evolutivo che dura ormai da alcuni decenni e che trova il suo centro originario con l'emanazione della Legge 180 del 1978.

Dopo questa data la vicenda psichiatrica è sembrata assumere, nella percezione diffusa, un aspetto prevalentemente istituzionale: un travagliato processo di applicazione della legge di riforma con il dibattito che non ha cessato di accompagnarla, al punto che la riforma stessa sembra non essere stata mai realmente acquisita, ma piuttosto vissuta come qualcosa di precario o di provvisorio destinato ad essere comunque prima o poi modificato.

Per molto tempo sono rimasti in primo piano pressoché esclusivamente gli aspetti suscitatori di scandalo, ma è rimasto occultato il movimento generale della psichiatria, con le sue antinomie, ma anche con il suo indubbio spessore problematico. Potrebbe infatti risultare troppo generico esprimersi nel senso di *Nuova Psichiatria* in assoluto. Le asincronie e le asintonie che osserviamo attualmente sembrerebbero impedirlo.

È indubbio che l'intenso rinnovamento degli strumenti culturali a partire dagli anni Sessanta insieme con l'assetto oggettivo imposto dalla riforma alla pratica della psichiatria, ovvero il costituirsi dei servizi nel territorio in un movimento centripeto, rivoluzionario e catastrofico al tempo stesso, hanno generato un modo di essere della psichiatria stessa che è del tutto nuovo rispetto alla sua origine. A partire dagli anni Sessanta, verosimilmente, la nuova era della psichiatria italiana si avvia come movimento complesso che mette in crisi sul piano concettuale ed operativo il sistema manicomiale e sul piano culturale l'impianto clinico-neurologico. Qui si associa l'impegno politico di quegli anni nella possibilità di riuscire a portare avanti l'ardua impresa della deistituzionalizzazione e della trasformazione della psichiatria vissuta come progetto politico, tanto da imprimere in seguito un carattere etico e militante a gran parte della nuova psichiatria italiana, un carattere che, anche indipendentemente da coloriture ideologiche definite, si è mantenuto a lungo e ha contribuito al consolidarsi della concezione della psichiatria pubblica nel suo costituirsi come *servizio*, parola chiave, questa, e specifica del movimento di cambiamento della psichiatria, un cambiamento che non è dovuto a "invenzione" dal nulla, ma perché diventa il luogo in cui si combinano le competenze, si esprimono ruoli e saperi diversi, dove si producono interventi complessi. Mi sembra importante evidenziare due delle numerose conseguenze della riforma del 1978: da un lato l'abolizione del dispositivo centralizzato manicomiale, quale principio organizzatore della psichiatria, e di conseguenza la sostituzione con il principio territoriale, radicalmente diverso, più ampio e complesso; da un altro lato la denominazione di territorio, qui inteso nel senso più concreto, antropologico senza alcun riferimento ideologico. Alcuni autori hanno parlato di *psichiatria nella comunità* per meglio rappresentare l'azione centrifuga della nuova psichiatria che si sviluppa all'interno delle diverse realtà comunitarie, ciascuna con la propria peculiare

organizzazione e con i suoi modi di funzionamento, attraverso l'articolazione capillare dei servizi territoriali.

Il nuovo sistema di assistenza psichiatrica esteso orizzontalmente moltiplica la presenza della psichiatria sul territorio e quindi le sedi e i problemi con cui nelle comunità essa è portata a confrontarsi.

La materia psichiatrica, in quanto specializzazione della medicina, non sembra rispondere più al mandato di controllo disciplinare sui comportamenti morbosi. La funzione del controllo del comportamento definisce, per certi versi, lo stretto legame con la sfera del pubblico, ed è proprio questo legame con la sfera del pubblico che rende impossibile ogni pretesa di autoreferenzialità o di assoluta indipendenza clinica. L'estrema eterogeneità della materia all'interno della nuova costituzione extramanicomiale porta altresì in sé quella dimensione della psichiatria che è fatta di incertezze, rivelandone il carattere eternamente provvisorio e precario. Lo stato dell'arte oggi viene colto soprattutto nel suo profilo problematico, o forse ancor più, a mio avviso, vi si può ravvisare un sempre più profondo processo involutivo e tendenzialmente pericoloso. La crescita dei servizi nel territorio ha prodotto nuove conoscenze ed entusiasmi, che negli ultimi anni per problematiche politico-economiche si sono affievoliti dando spazio a drastici riduzionismi di tipo ideologico e operativo.

Da un'analisi più attuale di come funzionano i servizi, per mia esperienza ho visto che gli operatori sanitari dei servizi psichiatrici spesso non conoscono Basaglia, oppure ne hanno soltanto orecchiato il nome, oltre al fatto che, purtroppo, i più non hanno una formazione psicodinamica. Nonostante tutto, il modello basagliano-psicoanalitico rimane nello sfondo del lavoro psichiatrico, e sembra funzionare come una sorta di feticcio; pertanto, nessuno negherebbe in una discussione tra operatori il ruolo della democrazia che deve coinvolgere anche e necessariamente i pazienti. Ma la mentalità oggi è quella della psichiatria istituzionale, e, in quanto feticcio, la psichiatria democratica di stampo basagliano rimane un'entità tanto necessaria quanto non pensata. Delle vicende della psichiatria post-180, del grande cambiamento vissuto in quel tempo e dello spirito di cambiamento che lo animava è rimasto ben poco. Oggi sembra che la legge Basaglia abbia introdotto il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per rispondere esclusivamente ad una procedura di controllo sociale e non che sia all'interno di una legislazione rivoluzionaria prevalentemente rivolta al riconoscimento dei diritti e della dignità del paziente che ha una malattia mentale.

Ciò che rimane è un linguaggio svuotato del suo significato originale e da cui attingere atteggiamenti deprivati di autenticità e di senso, volti, per lo più, a ridurre l'angoscia sociale rispetto alla follia e a riempire il vuoto di un pensiero clinico, qui inteso come forma del pensare con e per il paziente. In assenza di pensiero clinico, pertanto, si producono meccanismi collusivi, confusivi e spesso antiterapeutici.

In Italia, la necessità di modificare profondamente la psichiatria manicomiale, a mio avviso, ha imposto una sorta di alleanza politica tra il modello basagliano già politicizzato e il modello psicoanalitico percepito come modello emancipativo.

Entrambi i modelli, enfatizzando l'aspetto liberatorio dalla psichiatria istituzionale manicomiale, hanno concorso al graduale impoverimento della psicopatologia e del discorso psicoanalitico, con una conseguente perdita di interesse verso la riflessione teorico-clinica sulle gravi patologie psichiatriche, relegando da un lato la cura psichiatrica ad un movimento di

liberazione politica, e dall'altro confinando l'aspetto psicoterapico ad una modalità di rapporto medico-paziente svolto negli studi privati, eludendo il nuovo funzionamento istituzionale subentrato alla chiusura dei manicomi.

La psicopatologia, sorta quasi un secolo fa, ha rappresentato un cambiamento epocale e una svolta del concetto di follia e del rapporto con il paziente psichiatrico. Essa darà forma ad un corpus di nozioni sistematizzate, il cui *focus* sarà il contatto tra psichiatra e paziente, in una realtà di incontro, costituita dall'ascolto. La psicopatologia ha portato avanti il tentativo di fondare una scienza, oggettiva nel senso della comunicabilità, dei fenomeni soggettivi, ponendosi a livello intermedio tra quello dei sintomi e quello delle teorie esplicative; il discorso psicopatologico è un discorso sul metodo in virtù di una ricerca di autonomia della psichiatria, attraverso un linguaggio proprio che possa travalicare il caos della follia, e riuscire a delineare un progetto individuale di mondo, sia pur tragico e quasi sempre fallimentare.

Jaspers, nel suo trattato sulla Psicopatologia, afferma fin dalle prime pagine, che comprendere e spiegare stanno l'uno accanto all'altro, in un *continuum* di una stessa situazione patologica; l'articolazione fra comprendere e spiegare ci introduce alla complessità della sofferenza psichica.

L'area della psicopatologia può essere vissuta come frustrante, distante da quelle spiegazioni causali che risultano rassicuranti anche se ipotetiche e parcellari. Motivo per cui oggi non è una valida alternativa all'approccio diagnostico basato sulla sistematizzazione e categorizzazione dei sintomi, in quanto la ricerca in psichiatria segue altri filoni più di ordine statistico-matematico. Purtroppo, le condizioni dei servizi di salute mentale, la messa in crisi del modo di procedere in psichiatria, sollecitano la ripresa di un dibattito che oggi però sembra orientato verso un registro di denuncia e polemica che rischia di non attivare nuove forme di pensiero.

Illuminanti, a tal proposito le parole di Foucault che estendiamo anche alla psichiatria: «È la curiosità; la sola specie di curiosità, comunque, che meriti di esser praticata con una certa ostinazione: non già quella che cerca di assimilare ciò che conviene conoscere, ma quella che consente di smarrire le proprie certezze» (1984, p. 13).

La psicopatologia, in tal senso, si offre come un campo di conoscenze scientifiche, che per la molteplicità dei fenomeni psichici, parafrasando Jaspers, non si esauriscono nella formulazione di frettolose diagnosi o categorizzazioni, ma mantengono quella tensione conoscitiva che invita a chi fa pratica della psicopatologia, all'esercizio di pazienza e di attesa.

L'atteggiamento fenomenologico, così come la ricerca psicopatologica, si rivolge in modo rispettoso alle esperienze interne dell'uomo, ai suoi vissuti quali possibili espressioni di senso. Non c'è psicopatologia senza questa sostanziale preoccupazione e considerazione. La psicopatologia quale metodo diventa la risultante di un esercizio fenomenologico che coniuga insieme diverse fonti culturali, esercitando una continua riflessione sui vissuti che il paziente comunica. È questo esercizio che mantiene lo psicopatologo di fronte al paziente nella posizione di eterno specializzando. Una ricerca di elementi ordinatori, quella dello psicopatologo, che si interseca con l'esperienza dell'incontro con l'individuo, che per definizione è irripetibile e unica.

Il discorso analitico si può declinare all'interno di una prassi psichiatrica attraverso una

riflessione continua su nuove forme di cura e di ascolto dell'individuo che manifesta una sofferenza psichica.

L'approccio junghiano, a mio avviso, si dona come un ulteriore momento di confronto sia per l'impianto teorico-clinico che la psicologia del profondo propone, ma soprattutto per la prassi clinica che Jung nei suoi scritti, in particolare nel volume terzo delle opere complete, *Psicogenesi delle malattie mentali*, ha lasciato come testimonianza della sua esperienza di psichiatra al Burghölzli di Zurigo.

Faccio riferimento a questi scritti di Jung, che si riferiscono al periodo del Burghölzli, perché sono stati illuminanti nel mio percorso di psichiatra, per la messa in sospensione di quella prassi sterile e ripetitiva sul piano concreto, che è al tempo stesso angosciante e possibile deriva per chi lavora nelle istituzioni.

Una domanda che sempre ha accompagnato la mia ormai lunga esperienza nei servizi è se lo psicoanalista può continuare a lavorare all'interno dei servizi psichiatrici mantenendo interconnessi i diversi livelli intrapsichici di funzionamento. Questione che si è sviluppata all'interno di un dibattito tra le varie scuole psicoanalitiche e che ancora rimane un tema sempre vivo, per chi si trova a riflettere sulla complessità del come prendersi cura e allo scacco che si verifica nel rimanere in prossimità.

La mia ricerca personale è stata continua, attraverso la messa in tensione dei diversi aspetti del lavoro nei servizi, con perenni oscillazioni tra i diversi poli e con il rischio, vissuto a volte come salvifico, di un utilizzo intellettualizzato della psicologia analitica. Spesso la mia formazione analitica è stata un biglietto di presentazione, venivo idealizzata dagli operatori dei servizi dove arrivavo, come se, ancor prima di conoscermi, potessi interrogare la psicoanalisi. Il lavoro clinico, purtuttavia, ha riportato sempre alla realtà del confronto tra gli operatori, rappresentando il più efficace antidoto a tale rischio.

Altrettanto generativi per il mio lavoro al servizio sono stati alcuni concetti della psicoanalisi classica riguardanti gli aspetti intrapsichici e relazionali, quali: i funzionamenti di gruppo (Bion), il campo istituzionale (Baranger, Correale e Ferro). Mi piace qui precisare che, il riferirsi ad alcuni autori per la formazione di un proprio percorso culturale e di teorie personali non fondono un metodo, ma contribuiscono alla costruzione di un'etica professionale.

Racamier così si esprime riguardo alla figura dello psicoanalista nei servizi psichiatrici (1982 p. 45):

egli deve collocarsi ad un livello di approccio elementare e non stancarsi di insegnare il rispetto dell'individuo, non solo nel suo modo di accostarsi al malato, ma anche nel suo modo di lavorare in gruppo, senza fregiarsi del suo prestigio, del suo titolo o della sua funzione, sapendo ascoltare e discutere, per realizzare un lavoro realmente multidisciplinare.

La mia esperienza nel lavoro, nell'ambito delle dipendenze patologiche, mi ha condotto verso un'attenzione sempre costante, alla fenomenica psicopatologica che può nascondersi dietro alle condotte di uso/abuso di sostanze psicotrope, fornendomi sempre nuovi stimoli nella ricerca di eventuali quadri clinici di esordio psicotico e schizofrenico: l'atmosfera della sospensione, data dalle sostanze, contro la terribile percezione di una trasformazione psichica in atto.

Oggi sono una dirigente all'ASP di Palermo e coordino un servizio per la cura delle Dipendenze Patologiche, mi ritrovo a poter osservare da un vertice più organizzativo e di supervisione il modo di pensare i servizi psichiatrici, il concetto di cura e le conseguenti procedure che connettono i diversi servizi, ambulatori della città (CSM e SerD, SPDC) e le strutture residenziali riabilitative (CTA e Comunità in Doppia Diagnosi). Tale nuovo vertice di osservazione, se da un lato può rappresentare un mio commiato all'esperienza lavorativa in ambito dei servizi psichiatrici, dall'altro mi porta a riflettere sull'importanza di continuare a mettere in sospensione ciò che può rappresentare oggi la crisi delle istituzioni in termini più simbolici e collettivi per riportare la riflessione su dimensioni meno concrete e per questo meno illuminate.

## Bibliografia

- Basaglia F. 1968 (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino.
- Foucault M. 1984, *L'uso dei piaceri*, trad. di L. Guarino, Feltrinelli, Milano.
- Jung C.G. 1907, *Psychogenese der Geisteskrankheiten*, *Gesammelte Werke*, Band 3, Walter Verlag [ed. it. *Psicologia della dementia praecox*, *Opere complete*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1986].
- Racamier P.C. 1970, *Le Psychanaliste sans divane*, Payot, Paris, 1970 [ed. it. *Lo psicoanalista senza divano*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1982].

# La cura della persona con disagio psichiatrico dopo la Legge 180

*Caterina Romagnoli in dialogo con Giuseppe Ducci*

*Negli anni in cui è entrata in vigore la Legge Basaglia, ero una giovane universitaria, tirocinante all'Ospedale Psichiatrico S. Maria della Pietà, poi volontaria al CSM di Via Ventura, e mi sono trovata ad assistere alle prime fasi del processo di deistituzionalizzazione: dall'emarginazione, contenimento e custodia dei "malati mentali", alla loro possibile cura, riabilitazione ed inclusione. Ricordo le assemblee d'istituto che si svolgevano nel Padiglione XXVI, da sempre sede della Direzione del "villaggio manicomiale", con i direttori, Antonino Iaria e Ferdinando Pariente, gli assistenti, infermieri, volontari e una volta anche con Franco Basaglia.*

*Entrata nello spirito della riforma, ho passato anche intere giornate nella storica Biblioteca Cencelli, immersa nello studio di testi storici sulla psichiatria per la compilazione della mia tesi di laurea dal tema Evoluzione del concetto di diagnosi in psichiatria: dalla classificazione alla comprensione.*

*Nel 1993 Tommaso Losavio subentra come direttore ed assume l'incarico della chiusura definitiva dell'ospedale psichiatrico, che avverrà nel 1999.*

*Tanti altri ricordi mi sono affiorati nel varcare l'entrata del grande complesso del S. Maria della Pietà, quando mi sono incontrata, proprio nel Padiglione XXVI, con l'attuale direttore del DSM della ASL Roma 1 – dott. Giuseppe Ducci – per una intervista sull'assistenza e la cura della salute mentale dopo la Legge 180.*

**C.R.** Il contributo profondo, coraggioso e rivoluzionario di Franco Basaglia, nel portare allo scoperto la sofferenza psichica umana rinchiusa e silenziosa nei manicomi per renderla una dimensione condivisa a livello sociale e cercarne un senso, ha fatto nascere qualcosa che prima non c'era: la cura delle persone con sofferenza psichica grave.

Al di là delle applicazioni pratiche, pensa che sia rimasto qualcosa dello "spirito" basagliano oggi?

**G.D.** Io ho conosciuto Franco Basaglia quando ero ancora uno studente di liceo, ho fatto la maturità nel '76 e sono andato ad un'assemblea di Psichiatria Democratica prima ancora della legge '78, e certamente leggere *L'istituzione negata* (Basaglia 1968) è stata per me una motivazione forte a fare il medico e poi anche lo psichiatra. Mi sono laureato nel 1982, ma ero già venuto qui per la Festa di Primavera nel 1980 per costruire aquiloni con i pazienti

che erano ancora ricoverati. Poi mi sono occupato del Padiglione XIX, la cosiddetta “Zona ospiti”, che era un luogo di transizione fra l’ospedale e il territorio.

Negli anni però ho imparato a conoscere molte altre realtà che, nello stesso periodo in cui Franco Basaglia ha operato, prima a Gorizia e poi a Trieste, hanno contribuito al processo di deistituzionalizzazione, cioè la chiusura dei manicomi da un lato, ma anche tutti i processi che hanno modificato l’approccio alla salute mentale, e questo è avvenuto in tutto il mondo.

Non dobbiamo pensare che in quegli anni Franco Basaglia fosse da solo, ci sono state altre esperienze molto significative ad Arezzo, a Reggio Emilia e in altri luoghi. Va ricordato il ruolo di Julian Leff<sup>1</sup> per quanto riguarda i manicomi di Londra. Lo stesso avveniva negli Stati Uniti. E non bisogna mai dimenticare il contributo di Giovanni Jervis dal punto di vista teorico, ma anche pratico.

Certamente Franco Basaglia rappresenta una figura simbolica, ma è opportuno ricordare che la Legge 180/78<sup>2</sup>, conosciuta come Legge Basaglia, in realtà è stata scritta e presentata in Parlamento da Bruno Orsini, psichiatra e deputato della sinistra democristiana. Nella legge erano previsti i SPDC, ai quali Basaglia era contrario.

Basaglia è stato un grande innovatore e ha avuto la grande capacità di cogliere lo spirito dei tempi; quello che ha fatto l’ha fatto negli anni ’70, anni fondamentali per tutte le riforme in Italia, come lo statuto dei lavoratori<sup>3</sup> e le leggi su divorzio e aborto.

In quegli anni è stata emanata un’altra importantissima legge<sup>4</sup>, importante quasi quanto la riforma psichiatrica: la legge sull’integrazione scolastica, che ha portato alla chiusura delle classi differenziali e degli istituti speciali, ed ha rappresentato un contributo di grandissima civiltà che ha dato l’Italia; quindi credo che gli anni ’70 hanno rappresentato un periodo particolarmente ricco di cambiamenti e di evoluzione anche nel senso di diritti delle persone, delle donne, delle persone sofferenti, dei bambini con ritardo mentale, con disturbo dello spettro autistico e così via.

Considerando quel contesto, oggi pensare che quello che Basaglia ha fatto, ha detto, ha scritto, sia applicabile alla situazione attuale, non ha senso. Per questo sono contrario all’applicazione del modello triestino su scala generalizzata. Il modello triestino va bene in un contesto storico e geografico particolare; la realtà attuale è molto diversa. Innanzitutto, abbiamo la realtà delle città metropolitane come quella dove io opero: un bacino d’utenza di oltre un milione di abitanti, cioè sei, sette volte la città di Trieste, con aspetti assolutamente nuovi, sul piano psicopatologico.

Dobbiamo considerare l’emergere dal buio della diagnosi dei disturbi del neuro-sviluppo. I disturbi dello spettro autistico, in particolare quelli ad alto funzionamento, e i disturbi

<sup>1</sup> Julian Leff è professore del Social and Cultural Psychiatry all’Institute of Psychiatry di Londra. Membro del Medical Research Council, ha svolto la propria ricerca nel campo dell’influenza dell’ambiente familiare sulle malattie psichiatriche e non, dei fattori sociali della schizofrenia in una prospettiva psichiatrica transculturale e delle minoranze etniche.

<sup>2</sup> Gazzetta Ufficiale della Repubblica del 16 maggio 1978 Legge 180.

<sup>3</sup> Statuto dei Lavoratori – Legge 20 maggio 1970 n. 300.

<sup>4</sup> Con la Legge 517 del 4 agosto 1977 è stato possibile procedere all’abolizione delle classi differenziali per gli alunni svantaggiati. Legge Quadro n. 104 del 5 febbraio 1992 per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

da deficit di attenzione con iperattività, in termini epidemiologici, oggi, sono una presenza molto più prevalente dei grandi disturbi psichiatrici della schizofrenia e del disturbo bipolare.

L'altro aspetto psichiatrico nuovo e devastante, dopo il crollo del consumo dell'eroina, che peraltro è un ottimo antipsicotico, è il consumo epidemico di sostanze stimolanti che si sono riversate sul mercato e che producono malattie mentali con un meccanismo che ci permette anche di cogliere meglio i meccanismi di sviluppo del delirio e delle alterazioni più gravi della psicosi. Oggi non è più possibile trovare un adolescente che non abbia un disturbo mentale in co-morbilità con assunzione di sostanze. L'altra dimensione psicopatologica più emergente è quella della disregolazione emotiva affettiva e in generale della diminuita resilienza.

Questo fatto è in relazione a due eventi: la maggiore attenzione sulle primissime fasi della vita e il ruolo degli eventi catastrofici esterni.

Il neuro-scienziato Avshalom Caspi ed altri ricercatori (Caspi, Moffitt *et al.* 2013) hanno ipotizzato nel 2013 che i disturbi psichiatrici possano essere causati da un Fattore Psicopatologico Generale sottostante a tutti i disturbi – il fattore P – definito come *maltreatment*, (da non tradurre come maltrattamento o abuso ma come *inadeguatezza genitoriale precoce*). La disfunzione delle relazioni precoci di accudimento e cura determina modificazioni epigenetiche di alcuni geni e produce alterazioni cerebrali nelle aree deputate alla resilienza.

Studi molto interessanti sono stati fatti sull'epigenetica delle relazioni precoci su geni come il BDNF, l'ossitocina, il trasmettitore della serotonina e il recettore dei glucocorticoidi che possono essere considerati come *markers* della qualità della relazione e della relazione genitoriale in particolare.

L'altro aspetto fondamentale è legato a eventi esterni: nel 2013 il crollo del prezzo degli smartphone coincide proprio con un picco di psicopatologia nei più piccoli e nei minori; soprattutto, ha comportato una modificazione dei sistemi di regolazione: siamo passati da una co-regolazione, prima in famiglia, dopo la pubertà tra coetanei, a una dis-regolazione, con un eccesso di connessione e una mancanza di sintonizzazione emotivo-affettiva; questo fatto è estremamente rilevante e al momento non ci sono strategie di contrasto efficaci, per cui noi oggi troviamo una dis-regolazione da uso di *device*, ma non di dipendenza, proprio perché ha modificato lo stile relazionale tra le persone, in particolare tra i più piccoli.

**C.R.** L'eccessivo uso delle tecnologie digitali fin dalla prima infanzia, se da una parte favorisce una iper-connessione e infinite interazioni nel mondo virtuale, dall'altra accentua la carenza del contatto fisico, determinando una deprivazione emotiva e affettiva nelle relazioni primarie.

**G.D.** Certo, a livello di contatto, la sintonizzazione che possiamo avere io e lei in questo momento guardandoci negli occhi non è la stessa che abbiamo scrivendoci su WhatsApp. Oggi assistiamo al boom del cyberbullismo perché se io insulto una persona su WhatsApp, Tik Tok o su qualunque altro social, io non vedo la risposta emotiva dell'altro, non mi sintonizzo con la reazione che la persona può avere, non vedo se questa è arrabbiata, addolorata, contenta, eccetera.

Ci sono stati anche casi recenti di ragazzi che si sono suicidati per questo, perché non c'è una possibilità d'interazione e si perde la possibilità di sintonizzarsi anche con la propria

vittima, che è uno degli aspetti fondamentali per imparare a co-regolarsi e quindi a modulare il proprio comportamento, la propria affettività e la propria emotività.

**C.R.** È noto che la pandemia Covid-19 ha avuto un forte impatto a diversi livelli: economico, sociale, tecnologico, educativo, culturale, sanitario, relazionale e non per ultimo sulla salute mentale delle persone. Lei che opera proprio all'interno del DSM certamente avrà avuto un riscontro diretto e immediato di tale impatto.

**G.D.** Il Covid ha ucciso sicuramente tantissime persone e ha prodotto molti danni in ambito di salute mentale: innanzitutto danni diretti da infezione del Coronavirus sulle aree cerebrali deputate alla regolazione della corteccia cingolata anteriore e parieto-temporale (questo perché il Covid produce una vasculite cerebrale con l'attivazione della microglia che organizza e struttura la rete neurale in modo diverso). Poi, gli effetti sociali del Covid che abbiamo vissuto tutti con il blocco a casa, ma in particolare con la DAD che ha impedito soprattutto agli adolescenti la co-regolazione tra coetanei che si realizza fundamentalmente nel contesto normativo della scuola. Il boom dei social e dell'uso dei cellulari ha coinciso anche con questa separazione forzata, rimettendo gli adolescenti in un obbligo di convivenza h24 con le famiglie e determinando questa disregolazione che, negli ultimi anni, si manifesta prevalentemente su due versanti: quello esternalizzante con i disturbi da uso di sostanze, i disturbi del comportamento alimentare, l'anoressia restrittiva, il tentativo di suicidio, l'ideazione suicidaria e soprattutto il *cutting* – le ragazze che si tagliano sull'avambraccio.

In generale, nella popolazione si assiste, da una parte, alla violenza agita, o alla violenza digitale, come al cyberbullismo, dall'altra parte al versante internalizzante con un boom di *hikikomori*, di depressione e di ansia.

A questo scenario psicopatologico dobbiamo aggiungere gli eventi sociali: uno è rappresentato dall'aumento notevolissimo degli stranieri residenti nel nostro paese con tutti i problemi legati all'integrazione. Un famoso articolo di Jim van Os (2010) ci dice che i quattro fattori ambientali considerati causali per la schizofrenia sono: il trauma, cioè l'*inadeguatezza genitoriale precoce* (ovviamente l'abuso, ma anche le condizioni più banali, come ad esempio la mamma depressa che quando allatta il figlio non lo guarda negli occhi oppure la mamma non depressa che invece di guardare il figlio negli occhi mentre allatta, chatta sul telefono); fare uso di cannabis; vivere in un contesto urbano sovraffollato; far parte di una minoranza etnica non integrata. Questi sono i quattro determinanti di van Os che sono ancora assolutamente validi e ci fanno capire che gli eventi sociali hanno una rilevanza diretta sul nostro funzionamento mentale e quindi sull'espressione psicopatologica.

Oggi conosciamo bene i meccanismi epigenetici, cioè i meccanismi attraverso i quali l'ambiente determina delle modificazioni, non della sequenza del DNA, ma della sua espressione con conseguenze di carattere strutturale, superando quella divisione veramente ideologica tra ciò che è psicologico e ciò che è biologico.

Un altro cambiamento è legato al crollo della funzione paterna, e su questo un eccellente junghiano ha scritto il bellissimo libro *Il gesto di Ettore* (Zoja 2003).

Il *padre* prima rappresentava la forza, il confine, la norma, ovviamente accompagnata anche dall'affetto. Oggi questo è andato completamente perduto, non ci sono più limiti nei quali

si possa sviluppare la persona e quindi anche il suo cervello, la sua mente. Del resto, noi siamo animali neotenicici, cioè animali che conservano da adulti caratteristiche infantili. Per questo l'adolescenza si conclude a 25 anni, quando le aree frontali raggiungono la piena maturità.

**C.R.** Questo perché?

**G.D.** Facciamo un passo indietro. Noi siamo animali e abbiamo soltanto l'1,4% di differenza in termini di DNA con lo scimpanzé. Questo 1,4%, non è dato da geni strutturali – infatti la nostra emoglobina, la nostra insulina, sono uguali a quelle dello scimpanzé – ma da geni regolatori di tipo inibitorio. Il nostro sviluppo è rallentato rispetto allo scimpanzé, che ad esempio acquisisce a soli 15 mesi la coscienza di secondo ordine, cioè la coscienza identitaria, mentre noi lo facciamo a 18 mesi, perché ci mettiamo più tempo per permettere al nostro cervello di interagire più a lungo in una condizione di plasticità con l'ambiente. Fondamentali sono le relazioni che plasmano la nostra competenza sociale, che ci rende esseri umani e che permette la piena espressione anche della personalità, ma soltanto attraverso un percorso che è molto più lungo di qualsiasi altro animale. Questo non riguarda solo l'intelligenza nel fare, ma soprattutto la diversità della sfera emotiva ed affettiva che poi è quello che ci permette di convivere con le altre persone.

**C.R.** Dagli anni '80 lo scenario è completamente cambiato, grazie anche alle nuove conoscenze. Come porsi con l'ortodossia della cura?

**G.D.** Io sono convinto che se Basaglia fosse vissuto più a lungo avrebbe sicuramente modificato alcuni aspetti del suo insegnamento. Ritengo che mantenere l'ortodossia cieca, in qualunque ambito, sia un'espressione di stupidità. Dobbiamo avere la capacità di leggere i cambiamenti del contesto e anche di impadronirci delle nuove conoscenze. Ad esempio, mediante le neuroscienze oggi sappiamo del cervello cento, mille volte più di quello che non si sapesse nel 1978 e di questo non possiamo non tenere conto. Quindi anche i nostri servizi devono essere organizzati in base alla clinica e alle conoscenze, non devono essere organizzati su base ideologica o sulla base della tradizione, ma devono avere la capacità di guardare avanti, per esempio nell'andare incontro al disagio adolescenziale, che oggi è il fenomeno emergente per eccellenza e su cui dobbiamo avere una grande capacità di risposta.

**C.R.** Nel giugno del 2023 la Commissione Europea propone “Un approccio globale alla salute mentale” basato su tre principi guida: prevenzione adeguata ed efficace, accesso alle cure e all'assistenza di qualità e a costi sostenibili, reinserimento nella società. Mi sembra di cogliere che nel DSM Roma 1 si siano da tempo anticipate le linee guida della Commissione Europea?

**G.D.** Oggi non abbiamo più il cosiddetto *residuo manicomiale*, per noi i giochi cominciano con il concepimento, siamo molto attenti alla gravidanza, abbiamo sviluppato servizi per il periodo *peri partum*, un programma che si chiama “I primi 1000 giorni” perché sono quelli i momenti in cui si fanno gran parte dei giochi. Se rimaniamo ad attendere l'esordio della schi-

zofrenia a 14-15-16-17 anni è come se aspettassimo che un malato oncologico sia pieno di metastasi. Dobbiamo intervenire prima, dobbiamo promuovere la salute mentale nelle scuole, in tutti i contesti di lavoro, nelle famiglie, dobbiamo avere la capacità di intervenire precocemente, sia attraverso interventi di prevenzione oppure attraverso i trattamenti precoci.

Una grandissima metanalisi del 2022 su 192 studi ha dimostrato che la maggior parte dei disturbi psichiatrici oggi esordisce prima, e quindi noi non possiamo aspettare che questo avvenga, ma dobbiamo intervenire molto più velocemente.

**C.R.** Quindi sono molto importanti i programmi di prevenzione al pari dei programmi di cura e assistenza?

**G.D.** Sì, certamente. In questo Dipartimento abbiamo sviluppato un'Unità Operativa che va dalla pubertà ai 25 anni e quindi evita quella transizione tra i servizi dell'età evolutiva e i servizi adulti a 18 anni che non ha senso da un punto di vista psicologico, biologico, da nessun punto di vista, che spesso è causa di *malpractice* o comunque di abbandono; abbiamo creato un servizio integrato che si occupa di adolescenti che mette insieme le dipendenze, i disturbi del comportamento alimentare, il TSMREE (Tutela Salute Mentale Riabilitazione in Età Evolutiva) e l'adolescenza; abbiamo creato un day hospital madre-bambino che rappresenta l'apice di una piramide di trattamenti che si occupa di tutte le donne in gravidanza e compie sia interventi molto specializzati sull'intero nucleo familiare, compreso il bambino, creando un contesto amichevole con la sedia per l'allattamento, con i giochi per i bambini, sia interventi domiciliari sul nucleo familiare per migliorare l'appropriatezza genitoriale. In questo modo pensiamo di aiutare la donna e il marito, che spesso ha una patologia, ma soprattutto aiutiamo il bambino, cosa che in termini preventivi ci interessa maggiormente.

Come direttore ho l'obiettivo di identificare quello che chiamiamo la *best practice* e poi di renderla attuabile in tutto il territorio del dipartimento. Di conseguenza, questi interventi innovativi diventano patrimonio di tutti, e per questo noi lavoriamo moltissimo anche sulla formazione, tanto da ricevere spesso i visitatori sia dall'Italia sia da altri Paesi.

**C.R.** Quanti altri servizi sono operativi all'interno di questo dipartimento?

**G.D.** Il Dipartimento ha 47 sedi, ha una rete molto vasta e siamo molto sparsi sul territorio.

Tra le principali sedi abbiamo: il Polo integrato di via Cassia, l'unità operativa per l'adolescenza 14-25, il day-hospital madre-bambino, 5 SerD, un'unità operativa TSMREE con 6 sedi, il polo di valutazione dei disturbi specifici di apprendimento (dislessia, disgrafia, discalculia ecc.), il servizio per i DCA con una residenza a 10 posti e un centro diurno di riabilitazione nutrizionale, quattro SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) dei quali due a gestione diretta al San Filippo Neri e al Santo Spirito e due universitari al Sant'Andrea e al Policlinico Umberto I, 11 Centri di Salute Mentale (CSM), 12 centri diurni, 5 strutture residenziali a gestione diretta sul territorio.

Poi ci occupiamo di due hot spot, chiamiamoli così: uno è il carcere di Regina Coeli, dove abbiamo l'Unità Operativa salute mentale e dipendenze, e dove ci sono 1.200 detenuti

per 652 posti, con dei problemi strutturali gravissimi e dove noi cerchiamo di fare del nostro meglio; l'altro è l'Istituto minorile di Casal del Marmo dove i numeri sono molto più bassi, ma dove ultimamente c'è stata una rivolta a settimana, soprattutto da parte di detenuti nordafricani, tunisini, egiziani e marocchini, spesso arrivati con le barche. Non hanno veri e propri problemi di salute mentale in senso psicopatologico, ma in senso generale, perché sono persone sradicate, che hanno vissuto e vivono esperienze estremamente traumatiche e hanno sviluppato intolleranza alle regole e comportamenti molto violenti.

Credo che questo sia il modo migliore per valorizzare Franco Basaglia e quello che ha fatto, non rimanere fermi, ma continuare ad essere all'avanguardia dei trattamenti e della prospettiva della salute mentale nel mondo, così come lo siamo stati con la chiusura dei manicomii.

**C.R.** Nei servizi territoriali per la salute mentale l'affidamento ai protocolli per l'assistenza psichiatrica, seppur necessari, rischia di porre meno attenzione alle necessità e ai bisogni intimi della persona? Lei ritiene che l'applicazione dei protocolli possa limitare l'intimità del rapporto?

**G.D.** Io credo che questo sia semplicemente legato alla preparazione e all'intelligenza dell'operatore; però, si deve anche tener conto che la salute mentale si fa anche grazie all'organizzazione e l'organizzazione si deve dare delle regole.

In questo Dipartimento di Salute Mentale così grande lavorano 820 persone che seguono oltre 28.000 pazienti in un territorio molto vasto. Non si può pensare che ognuno faccia come gli pare, quindi è chiaro che le procedure servono per omogeneizzare gli interventi e al tempo stesso essere equi, perché non è giusto che se una persona è residente in una parte del territorio di Roma di mia competenza riceva un trattamento diverso da una persona residente in un'altra zona appartenente sempre a questo territorio.

Noi per esempio lavoriamo molto con i cosiddetti PDTA – i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali – che sono anche un impegno nei confronti dell'utenza rispetto a quello che noi possiamo erogare e che ci permettono di creare degli *alberi decisionali*. Ovviamente si possono fare poi delle eccezioni, ma devono essere motivate; per esempio, una procedura molto importante e anche molto innovativa è quella del trattamento farmacologico nel corso di gravidanza, perché questa va a toccare tabù, credenze e pregiudizi anche notevoli. Ad esempio, nel caso di una donna con disturbo bipolare e che fa uso di litio l'indicazione è quella di non sospendere, perché i vantaggi sono molto superiori ai possibili svantaggi; mentre invece suggeriamo la sospensione per altri farmaci, come ad esempio l'acido valproico.

Ecco, credo che si debba avere una cornice di riferimento all'interno della quale poi ci si possa muovere.

In questo Dipartimento noi attuiamo pienamente ciò che è indicato nel Piano di Azioni Nazionale per la salute mentale del 2013<sup>5</sup>, che è il documento più rilevante che è stato fatto,

---

<sup>5</sup> Rep. Atti n.138/CU n. 183/CU del 138/CU art. 1 – Definizione dei percorsi di cura da attuare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e disturbi gravi di personalità.

seguito poi dalle Raccomandazioni della Conferenza unificata tra Stato e Regioni sul trattamento dei disturbi gravi, cioè dei disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore gravi e disturbi di personalità gravi.

**C.R.** Cosa può dire dell'uso degli psicofarmaci? Basaglia stesso ne faceva uso, ma all'interno di una cornice di "cura" e non di controllo sociale. Oggi la situazione è cambiata? E se sì, in che direzione stiamo andando rispetto al "controllo sociale"?

**G.D.** Rimane dello spirito basagliano l'aspetto importante della *restituzione sociale* e non di "controllo sociale". Per quanto riguarda gli psicofarmaci, non ho idiosincrasie ideologiche, io pratico la monoterapia al più basso dosaggio possibile; si deve individuare il *core* del problema e se è un disturbo per il quale ci sono delle prove di miglioramento, il farmaco si deve dare; piuttosto, io suggerisco di evitare le poli-terapie.

Nessuno dei pazienti in questo dipartimento prende farmaci e basta; i farmaci se necessari sono sempre inseriti all'interno di un progetto di cura che pone al centro la relazione di cura. Qui non è applicabile prescrivere i farmaci e vedere la persona dopo un mese e chiedere "come va", come può fare uno psichiatra privato.

**C.R.** Da allora, dopo la riforma psichiatrica si sono sperimentati e collaudati diversi percorsi di cura, oggi cosa significa la "presa in carico e la cura" delle persone che soffrono di un disagio psichico grave?

**G.D.** Noi applichiamo "la presa in carico", che è un intervento multidisciplinare a cui collaborano il medico, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere, il terapeuta della riabilitazione psichiatrica ed eventualmente altre figure esterne. È una équipe costruita per un modello che internazionalmente viene definito *recovery*, che vuol dire *recupero*, non guarigione.

Ciò significa puntare innanzitutto al *recupero* di una capacità negoziale, cioè essere proattivi nel proprio interesse e al tempo stesso avere una vita che si colloca al livello massimo possibile per quel tipo di disturbo e per quella situazione. Lavoriamo, quindi, moltissimo anche sugli interventi riabilitativi, soprattutto fondati su due aspetti che Basaglia aveva indicato molto chiaramente, e che fanno parte della *restituzione sociale*: il *lavoro assistito*, che non significa l'ergoterapia ma un lavoro normale in cui però noi offriamo alla persona prima un tirocinio poi, comunque, un supporto; *l'abitare assistito*: basta col trasferire il manicomio sul territorio nelle residenze psichiatriche a vita, noi puntiamo sulla casa di proprietà o in affitto, dove la persona può stare da sola oppure convivere con altre persone che noi supportiamo e sosteniamo in questo processo. È un processo lungo e difficile, ma anche appassionante. Anche su questo siamo abbastanza all'avanguardia perché abbiamo un numero molto elevato – 400 persone in totale – in tirocinio e in casa.

Per le persone con disturbo emotivo comune, invece, il Piano Nazionale suggerisce quello che viene chiamato *l'assunzione in cura*, un intervento mono specialistico temporizzato; questo è lo spazio delle psicoterapie brevi per i disturbi che un tempo venivano chiamati della sfera nevrotica. In alcuni casi può esserci anche la collaborazione dello psichiatra: per esempio, nei casi con disturbo di panico è necessario associare una psicoterapia e un intervento

farmacologico mirato. Per quei disturbi che necessitano invece di gruppi di auto-mutuo-aiuto, oppure dell'intervento di medicina generale, si parla di *consulenza*.

Stiamo cercando di applicare lo stesso sistema anche per quanto riguarda le dipendenze, in particolare le nuove dipendenze (cannabis, cocaina, tutti i cannabinoidi e catinoni sintetici e tutte le altre sostanze che sono presenti, oggi, sul mercato legale e illegale) e per le dipendenze comportamentali, in primo luogo il gioco d'azzardo per il quale abbiamo una specifica attività e siamo capofila nel Lazio per la formazione e per il trattamento.

**C.R.** Quindi è “una presa in carico” della persona in una pluralità e diversità di interventi secondo la gravità del disturbo.

**G.D.** Sì, sono interventi molto diversificati, però senza la logica del centro di eccellenza, ma con il modello Hub & Spoke<sup>6</sup>. Noi non facciamo selezione dell'utenza e ci muoviamo secondo i principi della *prossimità* e della *continuità*. Non possiamo permettere il “turismo psichiatrico” oppure i viaggi della speranza; dobbiamo essere vicini alle persone, vicini anche al luogo dove vivono, dove lavorano, dove vanno a scuola, dove hanno l'università e dobbiamo garantire una continuità che va oltre il rapporto del singolo professionista. La continuità è garantita dal sistema di cura, garantita dall'équipe in cui all'interno si possono pure succedere operatori diversi, ma la “presa in carico” resta perché è quella del servizio nei confronti della persona, un servizio che poi ha una faccia o diverse facce, intendo dire che non è un servizio impersonale.

Noi abbiamo per esempio sviluppato moltissimo la funzione del Case Manager, abbiamo 1500 pazienti che sono inseriti in programmi di Case management; sono tutti i pazienti gravi complessi e il Case Manager è l'operatore che accompagna queste persone e ha in qualche modo la visione complessiva degli interventi. Quasi sempre è l'infermiere, oppure l'assistente sociale e il terapeuta della riabilitazione.

**C.R.** A livello di territorio un paziente che appartiene alla ASL Roma 2 potrebbe curarsi nella ASL Roma 1?

**G.D.** Noi ci occupiamo dei residenti nel territorio della ASL Roma 1, però fino a un certo punto anche di coloro che hanno un domicilio sanitario sempre nel territorio di Roma Capitale, ma non siamo un polo privato che svolge una funzione attrattiva: il nostro obiettivo non è quello di avere più pazienti possibili, ma di occuparci nel miglior modo possibile di tutte le persone che sono residenti in questo territorio.

Questo è il mandato di un'azienda sanitaria locale e noi siamo pienamente inseriti all'in-

---

<sup>6</sup> L'utilizzo del modello *Hub & Spoke* in medicina parte dall'assunzione di base che per determinate patologie e/o situazioni molto complesse sia necessario disporre di competenze specialistiche rare e/o apparecchiature molto costose, che non possono essere assicurate in modo diffuso su tutto il territorio. Il modello prevede quindi che l'assistenza per tali situazioni venga fornita da centri di eccellenza regionali o di macro area, detti appunto *hub*, a cui afferiscono dai centri periferici, detti *spoke*, i pazienti per i quali il livello di complessità degli interventi attesi superi quello che può essere fornito dai centri periferici.

terno di questo, quindi questi percorsi sono garantiti alle persone che sono residenti; gli interventi di consulenza, assunzione in cura e di emergenza sono garantiti a tutti coloro che hanno domicilio sanitario. Ad esempio: se il 118 mi porta una persona in SPDC residente nella ASL Roma 2, se deve essere ricoverato lo ricovero, se deve essere curato lo curo, ma entro 48 ore la ASL Roma 2 lo riprende in uno dei suoi SPDC.

L'organizzazione per la salute mentale è molto complessa e si fonda sulla quota capitolaria cioè sui finanziamenti che la ASL riceve in funzione del numero dei suoi residenti. Pertanto non possiamo strutturare servizi per un numero improbabile; io so perfettamente qual è la prevalenza dei disturbi nel mio territorio e anche l'incidenza attesa. Faccio un esempio molto specifico: abbiamo strutturato una centrale autismo che ha proprio il modello Hub & Spoke e che attraverso gli spoke dei diversi TSMREE dislocati sul territorio riesce ad intercettare il 99% dell'incidenza attesa dei disturbi dello spettro autistico tra i 18 e 24 mesi di vita. Questo è un sistema che noi abbiamo tarato sulla nostra popolazione, cioè sappiamo quanti sono i bambini con autismo e li possiamo intercettare ogni anno in questo territorio; la competenza territoriale è legata al fatto che per fare una programmazione sanitaria è necessario sapere quali sono i pazienti che mi aspetto e quindi strutturare i servizi in funzione di questo. Pertanto, non è possibile sviluppare servizi che sono aperti a tutti, come il Bambin Gesù che ha una maggiore libertà di accoglienza, e ricovera minori psichiatrici anche di alcune ASL del Lazio, mentre altre ASL si rivolgono a Via dei Sabelli.

Il nostro sistema per la salute mentale è totalmente gratuito, noi non abbiamo bisogno neanche della prescrizione di un medico di medicina generale, ci si può rivolgere ad un centro di salute mentale senza nessuna prescrizione e non si paga nulla; io difendo questo sistema perché ritengo che dobbiamo abbattere tutti gli ostacoli che ci sono tra una persona e il sistema della cura. In alcuni casi le persone che soffrono di disturbi mentali non hanno consapevolezza del proprio stato; inoltre esiste ancora un fortissimo stigma nei confronti della malattia mentale e questo ostacola l'accesso ai servizi: se io lo ostacolo ulteriormente facendo pagare o chiedendo la prenotazione al CUP e così via, creo un ulteriore ostacolo che diminuisce la mia capacità di intercettare il disagio e di trattarlo prima che questo diventi anche un disturbo grave.

La stessa cosa facciamo in tutte le scuole superiori, ove ci sono degli sportelli che sono assolutamente gratuiti, anzi i ragazzi possono accedere anche attraverso uno pseudonimo, per facilitare ancora di più l'accesso. In questo modo abbiamo un'ampia capacità di lettura del disagio e di conseguenza anche la possibilità di intervenire là dove non c'è ancora un vero disturbo.

**C.R.** Considerando, oggi, la molteplicità dei disturbi mentali che lei ha menzionato, rispetto a 50 anni fa, ritiene che i casi gravi di psicopatologia siano aumentati?

**G.D.** La "schizofrenia pura", ammettendo che esista, in una visione globale non è aumentata; tuttavia l'idea che rimanga uguale nel tempo e nello spazio si è rivelata falsa.

Faccio un esempio. Qualche anno fa sono andato a visitare i servizi psichiatrici di un Mental Health Trust di Londra. Nel corso del mese di permanenza ho fatto anche alcune visite domiciliari in un quartiere che era abitato solo da giamaicani ed ho riscontrato che

avevano tutti i fattori di rischio che prima ho detto: i bambini nascono generalmente da madri minorenni sole, c'è una grande promiscuità sessuale, quindi un alto rischio di *inappropriatezza genitoriale*, tutti fanno uso di cannabis, mangiano le torte al cioccolato con la marijuana, vivono in uno spazio limitato – la schizofrenia ha che fare con la limitazione di spazi – infine sono una minoranza etnica non integrata con il resto della popolazione, a differenza di altre etnie come gli indiani, i pakistani e soprattutto gli italiani. Il risultato è che l'incidenza della schizofrenia in quel quartiere è il triplo rispetto non ad un'altra città, ma al quartiere accanto. Questo per confermare quanto i fattori ambientali incidono sulla salute mentale.

Sono aumentati tantissimo i disturbi da disregolazione emotiva, così anche l'ADHD di adulti, perché non erano stati diagnosticati come tali nell'infanzia. Oggi, se curati con un intervento sia di tipo psicologico sia farmacologico adeguato, si hanno risultati straordinari: personalità antisociali e abusatori di sostanze cambiano radicalmente la loro traiettoria di vita. Questo è dovuto al fatto che si fanno più diagnosi su tutti i disturbi dello sviluppo.

Poi abbiamo una vera e propria epidemia da dis-regolazione dovuta agli eventi ambientali prima citati: telefoni, Covid e sostanze.

**C.R.** Quindi i fattori, diciamo, esterni ambientali hanno determinato e determinano gravemente disturbi psichici.

**G.D.** La genetica è abbastanza stabile, i fattori ambientali attraverso i meccanismi epigenetici invece variano e determinano modificazioni imponenti. Ad esempio, il Covid ha determinato un aumento incredibile dell'anoressia grave, anche a rischio di vita, tant'è vero che noi in questa ASL abbiamo aperto una residenza con 10 posti letto per ragazze anoressiche. È una residenza, non una comunità terapeutica, si fa soprattutto un lavoro di riabilitazione nutrizionale, ma ovviamente le ospiti condividono spazi, attività, progetti eccetera; siamo gli unici nel Lazio ad averlo fatto perché siamo convinti che sia necessario uno strumento di questo genere, dato il notevolissimo aumento di casi soprattutto nelle ragazze minorenni.

**C.R.** Lei ricopre anche la carica di Direttore dell'Unità Operativa Complessa SPDC del S. Filippo Neri. È un servizio anche questo molto impegnativo? Potremmo dire nel complesso che lei ha una funzione manageriale nel riuscire a coordinare e organizzare così molteplici servizi per l'assistenza e la cura delle varie forme dei disturbi psichici?

**G.D.** Sono da 27 anni Primario del SPDC del San Filippo Neri; prima dell'incarico di Direttore del DSM ci andavo tutti i giorni; attualmente vado in ospedale tre mattine a settimana: parlo con i pazienti, vedo i progetti, decido le terapie, eccetera. Ci sono colleghi bravissimi che lavorano h24. Oggi ho dei compiti gestionali molto complessi tra cui il reclutamento e la formazione del personale, la ricerca di finanziamenti. Partecipiamo a moltissimi progetti di ricerca che ci permettono anche di avere personale per fare delle cose buone, perché partecipiamo sempre a progetti di ricerca/intervento che utilizziamo non soltanto per il fine della ricerca, ma anche come strumento per aumentare le nostre capacità di risposta.

Per citarne qualcuno: siamo capofila di “Unplugged”<sup>7</sup>, che ha compiuto da poco 15 anni, e che vorremmo ampliare anche alle scuole elementari, e siamo dentro il progetto “Scuole che promuovono salute” e capofila di “Educata-mente”, progetti rivolti ai ragazzi di scuole medie e di scuole superiori, soprattutto concentrati sulla *Peer Education* e sulla creazione di testimonial coetanei.

Inoltre mi occupo della gestione degli accreditati, le ex case di cura neuro-psichiatriche e le ex comunità terapeutiche, che sono diventate, secondo la tipologia nazionale, Strutture residenziali psichiatriche tipo 1, tipo 2, tipo 3, in parte a gestione diretta, con un notevole impegno gestionale, e in parte accreditate e che necessitano quindi dell’Unità di valutazione multidisciplinare.

Ovviamente, alcune cose le faccio direttamente, per altre esiste un’Unità operativa di Governo Clinico<sup>8</sup> che si occupa di tutti questi aspetti e gestisce alcune attività particolari, come ad esempio i pazienti autori di reato, la Centrale casi complessi, che armonizza e cerca di trovare soluzioni condivise per l’interesse dei pazienti che sono seguiti da unità operative diverse.

Lavorare in un Dipartimento appare molto complesso. Bisogna avere in testa tutte le linee di sviluppo e riuscire a mantenere una visione strategica e prospettica, perché talvolta la complessità ti schiaccia, per cui pensi solo a gestire l’esistente, mentre invece bisogna avere e mantenere questa capacità di lettura dei cambiamenti per stare sulla situazione e progettare il cambiamento. Ovviamente questo presuppone avere un sistema epidemiologico molto efficiente e una cartella informatizzata *web based* accessibile a tutti.

Insomma, è un equilibrio difficile, però ancora mi diverte. Ho 66 anni e non sono proprio un ragazzino, però vorrei rimanere fino a 70 anni. In questo Dipartimento lavorano persone straordinarie e dico sempre che quello che abbiamo ottenuto è dovuto a un lavoro di squadra, non c’è l’uomo solo al comando...

**C.R.** ...questo credo sia fondamentale...

Ovviamente è chiaro che io rappresento il Dipartimento nelle sedi istituzionali, in Regione, a livello Nazionale, ecc., lo rappresento e per certi versi lo incarno, ma con me ci sono tantissime persone straordinarie e validissime che guardano avanti, che sono estremamente preparate e che hanno anche una capacità di non rimanere legati a un’area di comfort anche intellettuale, ma sono capaci di cambiare.

Io non vorrei continuare ad occuparmi del Dipartimento dopo il mio pensionamento, ma vorrei che il Dipartimento avesse le forze per andare avanti, e per avere le forze bisogna costruirle, bisogna farle crescere.

<sup>7</sup> Il Progetto “Unplugged” è rivolto ai giovani delle Scuole Secondarie di Primo Grado della Regione Lazio per prevenire l’uso di tabacco, alcol e droghe, nell’ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2020/2025, PP1A5 *Diffusione e consolidamento degli interventi basati sulle Life Skills e Peer Education*.

<sup>8</sup> Il termine “Governo Clinico” (clinical governance) è stato introdotto dall’OMS nel 1993 come comune denominatore delle diverse dimensioni della qualità assistenziale.

**C.R.** Come voler passare il testimone a qualcuno...

**G.D.** Sì, vorrei passare il testimone non nel vuoto, ma preparandolo. Su tutte le attività che le ho descritto ci sono molti operatori qualificati che hanno piena delega e piena responsabilità, nello sviluppo della cartella informatizzata e della salute mentale *peri partum*, nell'adolescenza, nell'età evolutiva, in tutti questi ambiti e in molti altri ci sono persone molto molto valide.

Su questo sono molto esigente; le persone che vogliono venire a lavorare in questo Dipartimento sanno anche che qui si lavora moltissimo, molto di più che in altri luoghi e che il livello richiesto è molto alto. Non esiste che una persona non si aggiorni e soprattutto non sia informata anche di tutto quello che avviene dentro il DSM. Per fare questo, abbiamo sviluppato due sistemi di informazione. Uno di informazione scientifica: ogni dirigente, coordinatore infermieristico, medico, psicologo, eccetera, ha a disposizione un App con cui ogni giorno riceve informazioni su ciò che viene pubblicato in letteratura sui temi che sono legati alla salute mentale, non soltanto sui farmaci – che sarebbe la cosa più ovvia –, ma soprattutto sugli interventi psicosociali, gli studi epidemiologici e così via. Tutti i giorni ognuno ha la possibilità di aggiornarsi, oltre al fatto che sul proprio telefono ha la cartella informatizzata. Poi abbiamo anche una newsletter, con la quale il Dipartimento raggiunge tutti e che viene inviata anche alla Direzione aziendale, alla Consulta, di cui fanno parte associazione familiari, associazioni di volontariato, eccetera e che rappresenta un nostro *stakeholder* importante. Sono tutti numeri monotematici e approfondiamo alcuni aspetti in modo tale che tutti quelli che lavorano nel Dipartimento siano a conoscenza anche di prospettive che sono molto lontane dalla loro prassi quotidiana. Per me è molto importante che ci sia un forte senso di affiliazione che non sia basato su vissuti paranoicali come “noi contro tutti”, oppure narcisistici come “noi siamo meglio”, oppure “qui soltanto si fa”, eccetera, ma che siano basati invece sulla condivisione di obiettivi, strategie, risultati e così via; insomma, vuole essere un tentativo per abbassare il livello di patologia mentale, cercare il più possibile di essere trasparenti, di condividere e di lavorare sulla motivazione. La cooperazione è fondamentale.

**C.R.** E poi lei prima ha parlato di “responsabilità”.

**G.D.** Sì, la sento molto forte in questo DSM c'è questo elemento che gli inglesi definiscono *accountability*, che vuol dire “io rendo conto di ciò che faccio”; questo è fondamentale. Quando ci sono cose che non vanno, nel senso che non è poi tutto rose e fiori, faccio degli audit dedicati; il sistema degli audit è diventato parte integrante della formazione di tutto il Dipartimento, in tutte le unità operative si svolgono audit sistematici e poi ci sono gli audit episodici che sono legati ad eventi sentinella, o a problemi che si sono verificati.

**C.R.** La ringrazio molto dott. Ducci della sua disponibilità e del tempo sottratto ai suoi innumerevoli impegni, per avermi illustrato così ampiamente e dettagliatamente l'organizzazione del DSM di Roma 1, che negli anni – possiamo dire – è l'evidente frutto della riforma psichiatrica.

**G.D.** Forse non tutti i DSM sono così, ma io penso che questo sia un modello positivo, ovviamente con luci ed ombre; è un modello di riferimento in Italia per moltissimi, e moltissimi sono i DSM di qualità, come Catania, Modena, Ancona e molti altri, ben organizzati come questo della ASL Roma 1.

*Uscendo dalla sede del DSM di Roma 1, percorro i viali del grande parco dell'ex Ospedale del S. Maria della Pietà, e osservo quei padiglioni all'epoca "chiusi", oggi trasformati in attività sanitarie, uffici comunali, Museo Laboratorio della Mente, associazioni, scuole di formazione, altri in ristrutturazione e quelli ancora in attesa di destinazione e, con un sentimento di gioia interiore, realizzo più concretamente che quel grido silenziato e relegato della sofferenza dei così detti "malati mentali", in 46 anni dalla rivoluzionaria riforma psichiatrica, ha potuto trovare ascolto e attenzione nella molteplicità e diversità degli interventi attuati sul territorio. Certamente però il cammino è ancora in salita per migliorare il benessere mentale e psicologico della popolazione.*

## Bibliografia

- Basaglia F. 1968 (a cura di), *L'istituzione negata, Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino.
- Caspi A., Moffitt T. et al. 2013, *The P Factor – One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?*, in «Clinical Psychological Science», August 14, 2/2.
- Van Os J. et al. 2010, *The environment and schizophrenia*, in «Nature», November 11, n. 468(7321), pp. 203-212.
- Zoja L. 2003, *Il gesto di Ettore. Preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre*, Bollati Boringhieri, Torino.

# Jung e Basaglia: verso un rinnovato rapporto medico-paziente

Chiara Giubellini

Pur non essendoci esplicite linee comuni tra Carl Gustav Jung e Franco Basaglia, alcune similitudini che verranno tratteggiate derivano da aspetti caratterizzanti due personalità epocali. Entrambi appaiono guidati in modo preponderante dall'esperienza diretta, rendendosi così portatori degli aspetti più contraddittori della natura umana; sono inoltre accomunati dalla spinta a rinnovare il rapporto medico-paziente, mettendo in discussione quelle categorizzazioni generiche che hanno imprigionato la relazione terapeutica nella staticità di legame tra dominatore e dominato (Basaglia 2018a, p. 153). L'aspetto qualitativo del rapporto terapeutico andrà a rappresentare il cardine sul quale sviluppare la ricerca di una somiglianza tra lo psichiatra fondatore della psicologia analitica e lo psichiatra che tanto si è battuto per la chiusura dei manicomi. I toni fenomenologici assunti da Jung e Basaglia consentono loro di addentrarsi nella sfera esperienziale che fornisce tratti di unicità all'evoluzione dell'approccio al paziente nell'ambito di una dimensione umana con tonalità affettiva. Nel mettere in risalto la natura dello psichico che di per sé non può essere univoca (Edinger 2008, p. 21), entrambi sembrano suscitare nel pubblico una serie di contraddittorietà e malintesi. Jung ha ricevuto gli appellativi di "mistico" (Lachman 2012), "razzista" (Dalal 1988); nel suo studio dell'inconscio si addentra con audacia nell'affrontare alcune tematiche che i razionalisti aborriscono (Jung 2004). Basaglia viene ricordato come colui che liberò i malati, che ha rinnegato la malattia mentale, un'antipsichiatra. Ma se leggiamo le conferenze da lui tenute in Brasile, senza dare adito a fraintendimenti, afferma:

Quelli che dicono che la malattia mentale non esiste, e che in questo modo vogliono negare l'esistenza della follia [...] non hanno il coraggio di portare sino in fondo l'analisi della vita che viviamo (Basaglia 2018b, p. 135);

Io non sono un'antipsichiatra [...], sono uno psichiatra che vuole dare al paziente una risposta alternativa a quella che gli è stata data finora (ivi, p. 149);

[...] non faccio parte di nessun movimento antipsichiatrico e rifiuto nella maniera più categorica di essere un antipsichiatra (ivi, p. 180);

[...] la malattia [...] viene ad assumere un significato concretamente diverso, a seconda del livello sociale di chi è malato. Ciò non significa che la malattia non esiste [...] (ivi, p. 150).

## Rapporto medico-paziente

Il contributo di Jung e Basaglia rimane inestimabile sotto vari aspetti; intendiamo qui limitarci a considerarne il potenziale impatto nell'attuale ambito delle istituzioni, seguendo il richiamo da parte di entrambi ad una differente qualità del rapporto terapeutico. Coloro che prestano servizio nella realtà istituzionale attuale si saranno facilmente imbattuti in processi che sembrano perdurare dai tempi in cui Basaglia li ha messi in risalto, senza nulla togliere ai consistenti progressi che si sono verificati con l'apertura dei reparti psichiatrici. Pensiamo per esempio all'inserimento nelle comunità terapeutiche per il quale il termine "ricovero" risulta formalmente fuori luogo ma che si traduce talvolta, a conti fatti, in una degenza di svariati anni di colui che non può più essere chiamato paziente ma "ospite". Il tutto mantenuto da scarsa rete sociale e/o difficoltà lavorative, situazioni che sussistono sul territorio nazionale anche per molte persone non ospedalizzate. Quando invece la degenza risulta più breve, si assiste con una certa frequenza al fenomeno del *revolving door*, ritrovandoci a rivedere gli stessi volti accedere alle medesime strutture locali. Un ulteriore aspetto portato in luce da Basaglia (Basaglia 2018b, p. 146) come caratterizzante il controllo esercitato dal medico sul paziente, e tuttora spesso osservato, è quello di comunicare al diretto interessato che si tratta di una permanenza di "una o due settimane e poi si vedrà". Il paziente si ritrova successivamente coinvolto in un continuo passaggio tra reparti psichiatrici, venendone inglobato per mesi o addirittura anni. Quindi, una sorta di inganno dialettico che continua talvolta a prevalere sulla qualità di spontaneità relazionale che renderebbe invece l'incontro terapeutico un momento di confronto.

Tornando indietro nel tempo e ripercorrendo le testimonianze del primo reparto psichiatrico aperto a Gorizia, ciò che ci si aspettava dai malati – un'uscita di massa – non si è poi verificato. Quello che emerse fu invece il malcontento di infermieri e medici che si mostrarono scettici nei confronti dei potenziali miglioramenti a cui si auspicava potesse andare incontro l'ammalato che si liberava dalla reclusione (Basaglia 2018a, p. 94). Ancora una volta risalta l'aspetto difensivo da parte di coloro che dovrebbero facilitare il rapporto di cura. Di fronte a una tale barriera, Jung e Basaglia colgono nuove aperture. Risulta quasi inevitabile domandarsi cosa abbia significato liberare i malati dai manicomi. Per essere considerata civile, la società necessita di possedere i tratti della razionalità con i quali tenta di controllare tutto ciò che è irrazionale (Basaglia 2018b, p. 46). Quindi il manicomio inteso come un'istituzione razionale (*ibidem*), atta ad assoggettare l'irrazionale al dominio della ragione. Questo atavico confronto, tra gli aspetti di pertinenza della ragione e di tutto ciò che non lo è, viene colto anche nella stanza di analisi quando pazienti con importanti inondazioni inconse così si esprimono: «Se continua così, ho paura di finire in un ospedale psichiatrico!». Parole che racchiudono una consistente difficoltà nel gestire il proprio inconscio al punto da aspirare quasi al contenimento fornito dalle solide mura istituzionali. L'ospedale diventa una sorta di metaforica protesi che rimpiazza la mancata capacità di reperire un contenitore interiore autoregolante.

Se ad una prima lettura potrebbe apparire che uno sia maggiormente rivolto all'intrap-sichico e l'altro al contesto in cui è inserito il paziente, l'approfondimento del discorso a una reciproca interconnessione tra sistemi ci permette di guardare oltre tale dicotomia: le vedute

intrapсихiche e sociali si fondono in ciò che Jung esprime quando fa riferimento a due sistemi che interagiscono reciprocamente, producendo un'influenza psichica (Jung 1954/1993, p. 4). Quando Basaglia denota che quello che accade nelle istituzioni rispecchia ciò che si verifica nella società su più larga scala (Basaglia 2018b, p. 108) siamo di fronte alle interazioni tra microcosmo e macrocosmo junghiano (Jung 1954/1993, p. 312). Jung si spinge oltre Basaglia nell'affermare che è l'uomo stesso che porta in sé una replica del mondo (*ibidem*). Da una parte abbiamo Basaglia secondo cui il malato va integrato e accolto nella società, venendosi a delineare un chiaro richiamo alla coscienza e responsabilità dell'individuo come cittadino; dall'altra abbiamo Jung secondo cui l'uomo non si deve dissolvere nelle svariate possibilità e tendenze imposte dall'inconscio ma deve diventare l'unità che le integra (Jung 1954/1993, p. 197). Entrambi sembrano però condividere una simile prospettiva verso il rapporto intercorrente tra medico e paziente: Jung lo esprime con la necessità che tanto il terapeuta quanto il paziente debbano essere in analisi; Basaglia afferma che la terapia acquista senso quando si crea una relazione non tanto basata sul potere quanto sui principi di reciprocità e complicità (Basaglia 2018b, pp. 40-41).

In un processo avviato a Gorizia e continuato a Trieste, Basaglia esamina la situazione problematica del malato non come diagnosi, oggetto, ma come «crisi esistenziale, sociale, familiare» (ivi, p. 13), quindi, in quanto tale, la crisi è una soggettività in grado di creare tensione nel medico (*ibidem*). La tensione si rende manifesta solo quando nella relazione c'è vita (ivi, p. 8). Quindi la funzionalità della cura necessita non solo della tensione nel paziente ma anche nel terapeuta il quale, in questo modo, entra nella relazione rinunciando a esercitare in modo oppressivo e senza alcuna dialettica (ivi, p. 7). L'aspetto del medico tanto in relazione quanto il paziente richiama inevitabilmente Jung (Jung 1954/1993, p. 5). Anche Bion, nel ricordarci l'essenza del processo analitico, fa riferimento alla capacità di pensare e sostare in una situazione di estrema tensione (Bion 2011, p. 49). Possiamo cogliere questo processo nella modalità con cui le frequenti riunioni tra operatori e pazienti scandivano la vita quotidiana nell'Ospedale di Gorizia e che non avevano la funzione di psicoterapia di gruppo, con l'obbligo a parteciparvi secondo modalità dettate dall'intelligenza medica (Basaglia 2018a, pp. 40-41). Piuttosto assumevano valore nella misura in cui il paziente esprimeva una decisione, ossia sceglieva di presenziare o meno alle riunioni, esponendosi o declinando il confronto con l'altro (*ibidem*). Basaglia mirava a nutrire e ampliare situazioni ospedaliere che implicassero una certa «spontaneità di scelta» (ivi, p. 41), fornendo al paziente occasioni di sperimentare rapporti interpersonali basati su uno scambio reciproco (ivi, p. 42). Ha cercato di scardinare il rapporto di controllo con il paziente, ponendo in discussione il mandato sociale di psichiatri e infermieri quale quello di «difensori della società nei confronti dei malati» (ivi, p. 42). Medici e pazienti erano così uniti secondo un principio di esclusione: tanto i pazienti dei manicomi sono esclusi dalla società quanto «gli stessi psichiatri sono degli esclusi» (ivi, p. 42) nel momento in cui si alleano inconsciamente con la classe dominante (*ibidem*).

Nonostante Jung e Basaglia sembrino profondamente accomunati dalla spinta a rinnovare la relazione terapeutica, le parole che Basaglia rivolge verso la psicoanalisi ne presuppongono una messa in discussione, senza mai prendere le parti o seguire unilateralmente critiche feroci verso di essa. Nella conferenza tenuta a San Paolo il 19 giugno 1979, Basaglia riconosce alla terapia analitica la capacità di apportare reciprocità nella diade medico-pazien-

te (Basaglia 2018b, p. 40). Allo stesso tempo, quando la definisce una “tecnica” risulta arduo comprendere a pieno cosa intendesse, forse un po’ troppo accecato dal fatto che fosse una terapia per i ricchi (ivi, pp. 63-64), «un codice del pensiero borghese» (ivi, p. 63) che non ha niente a che fare con la psichiatria istituzionale. Partendo dal contesto socio-economico, le parole di Basaglia sono realisticamente sferzanti: chi riesce a sostenersi economicamente può esprimere sofferenza, chi invece non ha i mezzi può conoscere solo lo stato di sopravvivenza, certamente non può permettersi di esprimere altre forme di dolore più profondamente legate ad aspetti esistenziali (ivi, p. 40). Se riconsideriamo tale posizione da una prospettiva intrapsichica, le cose diventano sempre meno certe e possiamo cogliere anche la parzialità del pensiero basagliano, prendendo per esempio in considerazione la psicoanalisi che entra nell’istituzione attraverso una figura professionale di sintesi, lo psichiatra analista. Rispetto ad un’analisi condotta in un *setting* classico, si tratta di inserire l’approccio analitico in un contesto inquinato da interferenze, talvolta anche violente, ma ne rimane comunque l’essenza: fornire una differente qualità relazionale, rendendosi promotori di un’apertura dialogica. Del resto, l’analista che svolge lavoro istituzionale non smette di essere tale nel momento in cui entra in un ospedale psichiatrico. Ciò non è così diverso dalle aspirazioni di Basaglia nel forgiare un concetto di terapia che acquista senso in un rapporto di reciprocità (*ibidem*). Jung è imperativo nel sostenere che il terapeuta debba seguire un procedimento puramente dialettico, e per fare questo è tenuto ad abbandonare qualsivoglia preconconcetto e tecnica (Jung 1954/1993, pp. 7-8). Entrambi giungono ad una medesima considerazione: Basaglia sostiene in più occasioni che l’intelligenza medica non può dominare o sostituirsi al paziente (Basaglia 2018b, pp. 40, 46-47, 58-59, 68); per Jung il medico non si deve tanto immedesimare nel ruolo di un agente di trattamento quanto piuttosto essere un partecipante attivo nella diade analitica (Jung 1954/1993, p. 8).

## Conclusioni

Immergersi nella lettura delle *Conferenze brasiliane* (Basaglia 2018b) nel periodo post governo Bolsonaro è sicuramente di forte impatto, mettendoci di fronte ai limiti di un progetto che si è successivamente scontrato con un dilagante sistema di salute sempre più privatizzato (Saraceno 2022): un aspetto di crisi del servizio pubblico che sta prevalendo anche in Italia nell’ultimo periodo. Tuttavia questo ci permette di arginare, almeno su di un piano dialogico, i distanziamenti che sono stati assunti verso l’analisi, colta come mera tecnica per pazienti ricchi. L’eredità che riceviamo da Jung e Basaglia è proprio quella di trovare nuove aperture di dialogo, nonostante le difficoltà insite nella contemporaneità.

Benedetto Saraceno (2022) sottolinea l’azione di smantellamento della riforma psichiatrica brasiliana ad opera del governo Bolsonaro. Mettendo a confronto Basaglia e Jung, essi sono uniti da una tendenza ad esplorare modi di conciliare rispettivamente l’irrazionale con il razionale, l’inconscio con il conscio, includendo la soggettività di ciascun paziente. Basaglia esprime l’impossibilità di fornire risposte generali, quindi istituzionalizzate, e mette in luce quanto il problema risieda nell’identificare e percorrere strade specifiche con ciascuna persona (Basaglia 2018b, p. 174).

Partendo da una personale esperienza di medico analista che opera nella realtà ospedaliera, ritengo che un'eredità congiunta che riceviamo dai due psichiatri messi a confronto sia quella di proseguire almeno il tentativo di smantellare le dinamiche di potere medico-paziente. Non tanto tramite azioni mirate quanto piuttosto adottando un differente assetto interno che includa l'*esserci*. Nel momento in cui si rimane passivi osservatori di dinamiche di controllo, inevitabilmente il rapporto terapeutico viene snaturato da quegli aspetti antropo-fenomenologici che Binswanger ha sintetizzato nel termine *Daseinsanalyse* (Binswanger 2018, pp. 47-48) e che richiamano tutte quelle aperture esperienziali che ci consentono di vivere il paziente non come oggetto ma come «partner esistenziale» (ivi, p. 169).

Nel lavoro istituzionale, risulta difficile sentirsi immuni dalle dinamiche di potere in qualità di operanti nel settore. In un modo o nell'altro, se ne viene mesmerizzati a livelli di intensità variabile da soggetto a soggetto, sperando talvolta un'alternanza tra esserne promotore e vittima. Si intende fare qui riferimento al quotidiano modello vittima-aggressore con cui tutti vengono a contatto e che riecheggia anche negli antichi miti (Kast 2002, p. 5). La proiezione di queste due componenti complessuali verso il mondo esterno o verso un soggetto specifico può precludere l'accesso a quello stato di tensione vitale e di spontaneità emotiva che vanno ad arricchire il rapporto terapeutico, anche in un contesto complesso come quello istituzionale. Il richiamo di Jung all'intrapsichico può aiutarci nell'accogliere e integrare in noi quelle dinamiche subite e perpetrate e di trasformarle in una maggiore presa di coscienza, addentrandoci in un substrato condivisibile con il paziente.

Si è voluto pertanto fare emergere quanto il terreno comune tra Jung e Basaglia nello stimolare un differente rapporto di cura risieda nel più profondo aspetto antropologico e fenomenologico di *essere nel mondo, esserci insieme ad altri* (Binswanger 2018, pp. 51-52). Solo stando nell'incontro si può dischiudere la strada verso una modalità di esserci, un mondo tra i tanti possibili, unica per ciascun individuo. In opposizione a una generale tendenza a focalizzarsi sulle deviazioni dei pazienti (ivi, p. 57), lo sguardo viene rivolto al mondo privato del paziente stesso, cercando di farlo accedere ad uno stato che Binswanger definirebbe un tentativo di *trarre il proprio essere tra le innumerevoli possibilità di poter-essere* (ivi, p. 59). Il fatto che il medico riconosca di condividere lo spazio istituzionale con il paziente lo pone di fronte a inevitabili limiti di cura, limiti lavorativi, in ogni modo limiti che espongono la diade terapeutica anche ai moti propulsivi della ricerca di un proprio modo di essere nel mondo e di potere essere. In questo forse risiede il valore inestimabile del processo di cura.

## Bibliografia

- Basaglia F. 2018a, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini&Castoldi, Milano.
- Basaglia F. 2018b, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Basaglia F. 2024, *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, a cura di M. Setaro, Donzelli Editore, Roma.
- Binswanger L. 2018, *Daseinsanalyse, psichiatria, psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bion W.R. 2011, *Seminari Italiani*, Edizioni Borla, Roma.

- Dalal F. 1988, *Jung: a racist*, in «British Journal of Psychotherapy», 4, pp. 263-279.
- Edinger E.F. 2008, *Anatomia della psiche*, Vivarium, Milano.
- Jung C.G. 1954/1993, *The Practice of Psychotherapy*, Routledge, London & New York.
- Jung C.G. 1960/2014, *The Structure and Dynamics of the Psyche*, Routledge, London & New York.
- Jung C.G. 2004, *Un mito moderno: le cose che si vedono in cielo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kast V. 2002, *Abbandonare il ruolo di vittima*, Koinè, Roma.
- Lachman G. 2012, *Jung the Mystic: The Esoteric Dimensions of Carl Jung's Life and Teachings*, Penguin Publishing Group, New York.
- Saraceno B. 2022, *In Brasile tornano i manicomi*, in <https://www.saluteinternazionale.info>, 18 agosto 2024.

# Voci. È meglio non parlarne...?

Silvia Mariani

Hermione: *È un po' strano, non trovate?*

Harry: *Strano?*

Hermione: *Tu senti una voce, una voce che solo tu puoi sentire, e spunta fuori Mrs Purr pietrificata! Lo trovo... strano.*

Harry: *Pensi che avrei dovuto dirglielo? A Silente e gli altri, intendo.*

Ron: *Sei impazzito?*

Hermione: *No, Harry. Perfino nel mondo dei maghi sentire le voci non è buon segno.*

Uomo nel quadro: *Ha ragione, sai?*

## Introduzione

Magie, scope e macchine volanti, platani picchiatori, foto e quadri che parlano, ma le voci... persino nel mondo dei maghi delle voci è meglio non parlarne!

Sentire le voci, tuttavia, è un'esperienza più diffusa di quanto si pensi, proverò ad avvicinarla parlando dell'esperienza fatta negli anni come conduttrice di un gruppo per "uditore di voci".

Un fenomeno abbastanza frequente, collegato con l'udire voci, è quello delle allucinazioni ipnagogiche che sono definibili come: «illusioni che si presentano nella transizione tra lo stato di veglia e quello di sonno».

La neuropsicologia sostiene, in merito, che si tratta di parziali interruzioni della fase REM del sonno, quello che, colloquialmente, potrebbe essere chiamato un "incerto confine tra sonno e veglia". In questo stato di transizione ci possono essere dei piccoli ritardi nel ripristino del funzionamento neurologico "da svegli"; quando questo accade, con diversa intensità e frequenza, si sperimenta un caratteristico fenomeno: quello dell'inerzia del sonno (a volte anche del sogno), cioè il decrementato funzionamento psicofisiologico nei primi minuti appena successivi al nostro risveglio.

Tali esperienze sono però considerate appartenenti alla gamma delle esperienze "normali", non patologiche<sup>1</sup>. La cultura ha dato loro diversi nomi più o meno evocativi e misterici.

---

<sup>1</sup> Il termine "normale" è ovviamente convenzionale e assume dei connotati storici, di carattere politico-sociale.

Nell'isola di Terranova, ad esempio, viene riferito all'azione di *Old Hag*, una strega che assale chi dorme, lasciandolo incapace di gridare o reagire. Nella cultura degli Inuit è uno spirito malvagio che cerca di impossessarsi del corpo di una persona che dorme. In Giappone, si subisce la potenza di uno spirito chiamato *Kanashibari*. Ci sono esempi anche italiani: in Sardegna, *S'Ammutadori*, *O Munacieddu* in Campania, ecc. ecc.

Accanto a tale fenomeno la neuropsicologia ha documentato anche esperienze ipnagogiche in stato di veglia o esperienze ipnagogiche al risveglio. A queste descrizioni possono essere avvicinati i racconti che si riferiscono alle voci udite da svegli. Udire le voci da svegli, in un passato non troppo lontano, è stata un'esperienza finita quasi sempre nella categoria dell'“esoterico” e del “religioso”. Un'esperienza che è stata descritta da secoli, ne troviamo tracce nella mistica medievale, nella cultura popolare e nella letteratura. Una delle prime conosciute descrizioni che ci sono state tramandate è quella di Socrate. Platone ne parla come della voce di un “demone”, che lo mette in guardia fin dall'infanzia e lo accompagna nella forma della “voce interiore” (qualcosa di simile forse alla nostra autocoscienza moralmente connotata), derivante direttamente dalla divinità, che lo esorta a non compiere determinate azioni. L'eroe omerico non ha una forma di riflessione se non come un “udire voci”: Achille sente la voce degli dei, lo stesso Omero (individuo o gruppo di aedi, che dir si voglia) sente il “canto delle Muse”, del quale diventa il tramite<sup>2</sup>.

Il fenomeno sembra avere avuto anche un particolare valore nell'ambito esoterico/religioso. La paleoantropologia ha proposto l'ipotesi che nelle prime forme di società fosse molto diffuso e accreditato il sentire voci positive per il gruppo sociale, ed era prerogativa degli sciamani. Questo non poteva certo avvenire dovunque ma solo in alcuni luoghi connotati di sacralità; solo qui era possibile ascoltare suggerimenti e consigli in vista di decisioni importanti. Solo successivamente questi messaggi furono mediati dai rappresentanti di culto e si iniziò a considerare le voci come messaggeri che chiedono “prepotentemente” di essere ascoltati. In tutte le culture ci sono descrizioni simili, più o meno condite di sovrannaturale e di presenze demoniache o, più semplicemente, terrifiche. Tra gli uditori, oltre a Socrate, troviamo Giovanna d'Arco. Poi ancora Maometto, Gesù, San Paolo, William Blake, Virginia Woolf, Gandhi, Mozart, Cavour, il calciatore Zidane e molti altri. Nel mondo occidentale, da più di cento anni, all'esplicitazione di questo fenomeno segue una denominazione nella forma delle “allucinazioni uditive” e una pressoché automatica diagnosi psichiatrica. Di solito, schizofrenia.

Uscendo per un attimo fuori dalla scontatezza psicopatologica e diagnostica, uno studio del 1991, condotto su 18000 persone, stimava che circa il 25% della popolazione mondiale ha avuto esperienza di percezioni uditive. Lo stesso studio rilevava che solamente una persona su tre che sente le voci è diventato paziente psichiatrico (Tien 1991).

Ad approfondire la questione, tale caratterizzazione psicopatologica non appare tanto dovuta alla sola “presenza” delle voci quanto al fatto che tali voci assumono una qualità oppressiva per la soggettività: di solito si tratta di voci che accusano, colpevolizzano, spingono a gesti auto lesivi o lesivi per gli altri, suscitando terrore, colpa, paura e angoscia, solo a questo

<sup>2</sup> Janes (1976) considera il fenomeno come una tappa nello sviluppo del pensiero occidentale. Vedi anche Cardano, Lepori 2012.

punto la soggettività ne soffre e si rivolge allo specialista, sempre più identificato con il medico. La psicoterapia contemporanea suggerisce di considerare tale fattore come discriminante in termini psicopatologici.

La conseguenza della schematizzazione voci/psicosi è che, nonostante il fenomeno sia da sempre così diffuso, è stato sempre più difficile poterne parlare, vuoi perché lo stigma della follia è legato, da almeno un secolo a doppio filo, al sentire le voci, vuoi perché il fenomeno è qualcosa di così intimo e personale che richiede un grande coraggio per poterlo comunicare e condividere: chi sente le voci ha la certezza che nessuno può comprenderlo, avvicinarlo.

Nella mia esperienza è un fenomeno di una potenza tale da non poterne parlare con nessuno, un fenomeno che porta ad un percorso abbastanza standardizzato che va verso una condizione di isolamento sempre più frequente che genera un circolo vizioso dove le voci aumentano, diventano talmente intense da confondere la soggettività relativamente agli accordi del quotidiano, in particolare quelli spazio-temporali, a confonderla rispetto alla propria identità o all'identità delle persone vicine. È solo a questo punto che si giunge al ricovero, tanto che, anche quando inizia il percorso di "cura", l'esperienza dell'uditore di voci inizialmente rimane esclusa dal quadro clinico; solo con pazienza, fatica e sviluppo di fiducia compaiono nel racconto del paziente, un esempio:

Sono stato parecchio tempo, dopo la comparsa delle voci, con la paura di uscire. Venivo già da un periodo di isolamento ma le voci mi diedero il colpo di grazia. Non capivo, mi chiedevo se venissero dai vicini, da qualche strana entità, da microchip che qualcuno aveva inserito nel mio cervello... mi sentivo impazzire. Quando sono stato ricoverato, non mi stavo rendendo conto di quanto mi stesse accadendo, ero fuori controllo [queste parole vengono da A. Vedremo meglio più avanti la sua storia].

L'esperienza, che è ovviamente sempre accompagnata da emozioni forti, dovute al sovvertimento dell'ordine abituale che quella soggettività aveva faticosamente costruito nel proprio contesto di riferimento, porta a una condizione improvvisamente mutevole: le certezze che accompagnano la nostra quotidianità assumono tratti di diversità e incomprensibilità in seguito a tale mutevolezza. Di seguito, la comunicazione e la relazione con l'altro si complica enormemente e per molti l'unico rimedio possibile diventa il ritiro, l'isolamento sociale.

## Le voci in psichiatria

Secondo il DSM 5 (Aa.Vv. 2013), udire le voci o avere altre percezioni inusuali è uno dei sintomi cardini che indicano la presenza di un disturbo dello spettro schizofrenico.

La psichiatria ha cominciato a intervenire sul sintomo, dagli anni Cinquanta farmacologicamente, in particolare sugli uditori di voci, con il fine primario di attenuare tali fenomeni denominati "dispercettivi". Ovvio che in questo modo la ricerca del significato intrinseco dell'esperienza è stata con il tempo (eccezioni a parte come quella del movimento antipsichiatrico degli anni Settanta, Ottanta) sempre più trascurata, fino ad arrivare alla situazione attuale dove, generalmente, l'interrogarsi sul senso di tali fenomeni appare una pretesa assurda in confronto all'efficacia immediata del farmaco.

La convinzione che l'udire le voci non sia riconducibile necessariamente a una forma di sintomo o a una patologia inizia a maturare negli anni Ottanta, nel Nord Europa, fra alcuni psichiatri/psicoterapeuti. Marius Romme, psichiatra, e Sandra Escher, ricercatrice, iniziarono una ricerca sull'argomento dalla quale si evinse che molti studenti dell'Università di Oxford udivano voci. Inoltre gli stessi studenti, sottoposti ad una intervista specifica sul tema, non mostravano altri segni che potessero essere indice di disturbi psichiatrici, svolgevano "normalmente" la loro vita.

Approfondendo la ricerca e comparando i dati, i due ricercatori si resero conto che il rivolgersi a strutture psichiatriche dipendeva essenzialmente dal contenuto delle voci e dalla incapacità di conferirle un senso, un nome, fronteggiarle in qualche modo identificandole al di fuori del patologico, piuttosto che dal fenomeno in sé. A partire da questo dato questi pionieri iniziarono a porsi in maniera diversa nei confronti del fenomeno. Da scontato sintomo di una patologia venne ripreso un atteggiamento che riportava alla psichiatria fenomenologica, che considerava primariamente il fenomeno come un'esperienza a cui porre ascolto e conferma insieme al paziente prima di qualunque categorizzazione diagnostica, generando un'esperienza di supporto immediata.

L'atteggiamento clinico che via via veniva portato avanti era volto all'ascoltare e esplorare il fenomeno (anche senza capire niente, inizialmente), intendendolo più come una modalità percettiva possibile che come "il problema principale". Negli anni Ottanta, da un incontro tra una uditrice di voci e lo psichiatra M. Romme, iniziarono le prime riflessioni sui limiti della psichiatria orientata farmacologicamente, rispetto all'argomento. La paziente da lui seguita si sentiva sopraffatta dalle voci al punto di pensare di togliersi la vita, fino a quando una lettura le fece cambiare punto di vista. Aveva letto che nel mondo della Grecia omerica sentire le voci, attribuirle a contatti con gli dei, era considerato un privilegio. Da qui, la paziente che in precedenza era completamente ignara della questione, iniziò a considerare la sua esperienza sotto un'altra luce e si sentì enormemente sollevata: non era la prima e la sola a fronteggiare un'esperienza simile. A partire da questa esperienza Romme intuì l'utilità che poteva avere l'incontro con altri uditori di voci in vista del beneficio emotivo relativo all'uscire dall'isolamento e poter condividere l'esperienza.

Le ricerche successive (Romme, Escher 1997) confermarono che le voci non sono sempre sintomo di una grave malattia mentale; a questo punto i due ricercatori diedero avvio a numerosi studi sul tema e fondarono il movimento degli "uditori di voci".

Insieme alla Escher, partecipando ad un programma televisivo piuttosto popolare, lanciarono un appello a coloro che avevano avuto esperienza di udire le voci a contattarli. Risposero 700 persone. Fu mandato loro un questionario per raccogliere maggiori informazioni. Nell'ottobre del 1987 si tenne una conferenza sull'argomento, nella quale furono invitate le persone cui era stato inviato il questionario. In quell'occasione per la prima volta persone coinvolte rispetto al fenomeno (per motivi personali o professionali) si incontrarono tutte insieme, tentando di uscire fuori da scontatezze e pregiudizi, per discutere e confrontarsi su tali esperienze. Seguirono altre conferenze e iniziative pubbliche; la nascita di gruppi di uditori di voci e movimenti in varie parti del mondo. In Europa (in quasi tutte le nazioni), Giappone, Brasile, Canada, Australia. Nel 2007 nacque la Rete internazionale di uditori di voci, Intervoice, con l'obiettivo di raccogliere e diffondere in rete articoli, esperienze e infor-

mazioni sulle varie attività delle associazioni, coordinare e dare un supporto amministrativo alle reti nazionali.

Studi condotti negli anni novanta (Tien 1991), hanno dimostrato che il fenomeno riguarda circa il 4 per cento della popolazione “normale” occidentale (milioni di persone insomma...). Poco viene detto a proposito del fatto che solo un terzo di queste persone ha fatto ricorso a cure psichiatriche, gli altri non hanno mai vissuto il fenomeno come problematico, patologico, necessitante aiuto farmacologico, ecc. ecc.

Andando avanti nel tempo, le ricerche in merito cominciarono a rilevare una correlazione tra eventi traumatici e il sorgere del fenomeno delle voci (Romme, Escher *et al.* 2010). A partire da tali studi si costituì nel 2012, anche in Italia, il movimento degli uditori di voci, dopo l'organizzazione di tre convegni nazionali sul tema. Alcuni anni dopo si costituì anche l'associazione nazionale: Sentire le Voci. In questi ultimi anni, dopo aver capovolto l'approccio al fenomeno, da sintomo da silenziare e ignorare si è passati all'esperienza da accettare, esplorare e comprendere, tirandola fuori dalla categoria scontata e pregiudiziale del “segno di pazzia”, sono stati pubblicati manuali operativi nei quali vengono descritte metodologie e tecniche per poter operare in questa direzione (Baker 2009). Accanto a questo è iniziata una formazione psicoterapeutica specifica per aiutare gli uditori di voci.

Della questione hanno poi cominciato ad interessarsi anche coloro che fondano lo sviluppo della mente umana sull'interazione individuo/contesto. In Italia nelle ricerche di A. Salvini e M. Quarato, ad esempio, emerge l'idea di guardare alle voci come un “modo come un altro di pensare” (Quarato 2019). Partendo da questa ipotesi, l'udire le voci diventa una capacità possibile, non necessariamente un segno di stigma. Queste persone vengono considerate *pensatori dialogici*. Con questo termine si intende la raggiunta consapevolezza da parte del soggetto volta alla possibilità di considerare la presenza delle voci come un tentativo di risolvere problemi o situazioni diversamente non risolvibili attraverso i procedimenti logici conosciuti fino a quel momento in un dato ambiente. Per questo, le storie di vita e il contesto sociale e relazionale sono diventate terreno da esplorare per comprendere e chiarificare questa questione: in quel dato contesto e stando dentro quelle abitudini, la capacità decisionale del soggetto si blocca in quanto i processi logici da lui conosciuti non tengono conto di possibilità alternative. A questo punto si attivano le voci. Le voci non sono sintomi da debellare o attutire, ma elementi da interrogare, la sfida clinica diventa capirne il senso confrontandosi anche con il contesto del soggetto (Salvini, Stecca 2012).

### L'approccio educativo a carattere fenomenologico

Come detto, i primi gruppi di uditori di voci nacquero dall'intuizione di Romme; all'inizio furono gruppi volti alla semplice condivisione dell'esperienza vissuta dagli uditori. Con il passare degli anni il lavoro si è evoluto, introducendo nuove tecniche sia nel lavoro di gruppo sia nei colloqui individuali.

Mi occupo di uditori di voci dal 2015. Lavoravo allora in una comunità terapeutica, luogo dove si fa ancora esperienza di tali fenomeni, e l'incontro con gli uditori di voci mi destò interesse e curiosità. Così iniziai a partecipare a convegni e giornate di formazione sul tema.

Il primo gruppo di uditori di voci da me costituito fu nel 2017 all'interno della Comunità terapeutica nella quale lavoravo come educatrice professionale.

Questo il mio modo di impostare il lavoro di un gruppo.

Un gruppo di uditori di voci si può incontrare ogni settimana o quindici giorni, con incontri di circa 90 minuti. Come in altri tipi di gruppo, vige la regola della sospensione del giudizio e della riservatezza.

Nella prima fase viene condivisa la metodologia, vengono esplorate le motivazioni e le aspettative individuali. Una volta costruito un clima di fiducia e di condivisione, il gruppo inizia ad assumere la valenza di luogo dove ci si può esprimere liberamente. Si crea quindi un senso di sollievo per il fatto di non essere soli ad aver vissuto o vivere ancora situazioni così forti. Pian piano ci si racconta, e il peso delle emozioni angoscianti sembra essere minore. La condivisione dell'esperienza delle voci implica una forte esposizione in quanto viene svelata una delle dimensioni più intime della persona. Ciò può generare spavento e desiderio di ritirarsi. Il gruppo di uditori di voci è un gruppo aperto che consente ai partecipanti la possibilità di potersi allontanare quando se ne sente il bisogno e di potersi poi ravvicinare di nuovo.

Durante gli incontri si cerca di facilitare la relazione con le proprie voci e con sé stessi, si individuano tecniche di distrazione utili nei momenti di affollamento delle voci e tecniche di "affrontamento" per quando è necessario non rimanere in balia delle stesse per esigenze di adattamento.

La funzione del gruppo è anche quella del confronto e dell'auto aiuto. Consigli su strategie sono avvalorati dall'esito positivo di chi le ha sperimentate. Ecco un esempio:

C. era sconcolato per il fatto che non riusciva più a leggere un libro, cosa che prima dell'affacciarsi delle voci faceva molto volentieri. Questo lo faceva sentire incapace. L. raccontò che succedeva la stessa cosa anche a lui e che aveva risolto facendo leggere il libro alla voce più disturbante. Il suggerimento funzionò per entrambi.

Condivisione, accettazione, scambio e sostegno sono gli obiettivi principali di tali gruppi.

Il lavoro educativo con gli uditori di voci può essere inserito in quella che si definisce riabilitazione psichiatrica orientata al *recovery* (Maone, D'Avanzo 2015). Con tale termine si intende un insieme di tecniche e di interventi utili a diminuire gli effetti della cronicizzazione del disagio psichico e a promuovere attivamente il reinserimento della persona nel contesto sociale e lavorativo di riferimento. Si parla molto di *recovery* nell'ambito della salute mentale. Il termine in italiano viene reso con riprendere coscienza, riacquistare salute o forza, ritrovare qualcosa che era andato perduto. In psichiatria sono state descritte due diverse accezioni del concetto di *recovery*. La prima riguarda l'aspetto medico che allude ad una condizione clinica valutata in base a quando vengono soddisfatti criteri di guarigione (definiti a priori). La seconda riguarda la soggettività della persona ed è riferita a un processo che considera il disturbo come uno degli aspetti della personalità.

Stando dentro questa seconda accezione si sta cercando di promuovere in alcuni servizi psichiatrici l'adozione di nuove pratiche *recovery-oriented*. Questa prospettiva adotta, come detto, alcuni principi di psichiatria fenomenologica, lasciati da parte per molto tempo: si descrive

la malattia non come deviazione da una presunta normalità, ma nei termini di una particolare configurazione di caratteristiche individuali e si ragiona sull'impatto che queste esercitano sulla vita delle persone in un dato contesto. In questo approccio è cruciale la consapevolezza che la persona ha del proprio essere depositaria di strumenti per poter cambiare. Il lavoro educativo con gli uditori di voci è parte di queste pratiche.

Più approfonditamente, nel momento in cui si fa capo alla fenomenologia, il lavoro si declina in tre direttive: del *sapere*, del *saper fare* e del *saper essere*.

Il *sapere* significa acquisire una buona conoscenza delle voci. Per conoscerle bisogna accettarle. Nelle varie fasi che Romme (Romme, Escher *et al.* 2010) individua nel lavoro con le voci, l'uditore deve arrivare a una forma di accettazione della presenza delle voci nella propria vita per poter poi cambiare il rapporto che ha con esse.

Successivamente all'accettazione si può cominciare a riconoscere che le voci rappresentano parti di sé non integrate nell'immagine identitaria e cominciare ad affrontare i problemi della condotta di vita che le voci tentano di esprimere. È un processo che intende ricostruire nessi, collegamenti, recuperare ciò che la presenza delle voci sembrava aver distrutto. È a partire dalla descrizione delle voci che si ricostruisce. Vediamolo in dettaglio.

## Mappatura delle voci

Delinare un profilo delle voci aiuta l'uditore a prendere confidenza con qualcosa che fa parte di lui, anche se le sembra giungere dall'esterno.

La definizione porta la persona a costruire un'idea dell'evento che si è fatto presente nella sua vita. Le voci spesso sono tante, generano confusione e portano a un ingombro di parole, neologismi e concetti che l'uditore non riconosce come propri.

Nel lavoro di mappatura si cerca di costruire un vero e proprio *identikit* delle voci, con sesso, età, timbro di voce, tono, volume della voce, contenuto, ecc. Si individua la qualità del contenuto stesso e si traccia una sorta di "storia" delle voci: quando sono apparse per la prima volta, che evoluzione hanno avuto, quando si presentano nella giornata, e così via. A queste si cerca di legare la storia dell'uditore partendo dal momento in cui sono apparse le prime voci. Potremmo definirla come una narrazione autobiografica, emotivamente orientata, che parte dalla presenza accettata delle voci. Una narrazione che esplora il complesso campo delle emozioni (in quanto le voci sono strettamente legate ad esse e agli eventi che le hanno provocate e continuano a provarle).

Nel lavoro educativo la narrazione si presenta come un tessere reti e legami tra ricordi, percezioni, fatti, emozioni e voci. Arrivare a dare un nome alle emozioni, dislocarle nel fitto succedersi degli eventi restituisce un significato diverso al fenomeno del sentire le voci. In questa fase si *dà forma a un informe*; a volte nella descrizione viene naturale assegnare alla voce un nome che corrisponde a una caratteristica della stessa (l'autoritaria, la bambina, il generale). In qualche modo si comincia col creare una gamma di personaggi con caratteristiche ben precise, personaggi che cominciano a popolare la mente dell'uditore in forma diversa rispetto alle sole voci oppressivamente presenti. Caratterizzarle aiuta ad iniziare una relazione con loro. Aiuta a pensare che non si è solo vittime di quanto sta accadendo, ma che si può

acquisire del potere per non essere in balia di quanto dicono e impongono le voci stesse. Il potere serve per arrivare poi a una reciprocità della relazione, per affermare la propria volontà rispetto a quella delle voci. Uno dei compiti dei conduttori del gruppo è quella di ricordare che le voci parlano, ma sono le persone che agiscono e decidono.

### Saper fare: imparare ad affrontare le voci

Conoscere meglio le voci, la loro storia, facilita la relazione che necessariamente la persona deve allacciare con la voce se non vuole esserne sopraffatta. Spesso si tratta di voci giudicanti e maltrattanti, che portano il soggetto a sentirsi sbagliato, diverso, a viverci come un “problema” per i familiari. Imparare ad affrontarle e gestirle significa iniziare un processo di liberazione che, seppur parziale, favorisce il vivere più dignitosamente la propria quotidianità. Inoltre, affermare il proprio potere sulle voci aumenta l'autostima.

Nella mia esperienza con uditori di voci, ho constatato che è molto difficile parlare apertamente dell'argomento: è considerato di una tale intimità che è come denudarsi di fronte ad altre persone. Ci si sente diversi, folli, non “normali” e per questo domina l'emozione della vergogna e della solitudine alienata. Si ha resistenza anche a cercare di capire cosa dicono le voci, a provare a mettersi in relazione con esse, a chiedere cose e a posizionarsi in modo più attivo: relazionarsi con quella parte che esprime – secondo lo stigma – la pazzia: a volte sembra quasi impossibile.

### Un esempio di saper essere: il percorso di M.

La signora M. ha chiesto di incontrarmi perché sapeva che facevo colloqui e che tenevo un gruppo per uditori di voci. Ha circa 50 anni, sente le voci da molto tempo, si sono manifestate per la prima volta quando era studentessa fuori sede (l'équipe che la segue presume in seguito a qualche evento traumatico o molto stressante). M. è sempre stata molto restia a raccontare quel periodo della sua vita.

Ha frequentato assiduamente il gruppo per due anni tenendo un diario nel quale annotava in che momento della giornata le voci si presentassero, quali emozioni provava e per quanto tempo le sentiva; non ha però mai voluto riferire il contenuto delle sue voci. Le ricordavano cose del passato delle quali si vergognava.

Non è stato possibile inizialmente un lavoro di accettazione delle voci. Non voleva ascoltarle, non ne voleva sapere. La sua partecipazione al gruppo aveva lo scopo di condividere l'esperienza e di ascoltare le altre testimonianze. Si mostrava preoccupata quando alla lettura di altre storie o alla visione di alcuni video su testimonianze di vari uditori si sottolineava l'importanza di diventare attivi nel rapporto con le voci (Romme, Escher *et al.* 2010).

Più facile sembra attivare tecniche di “affrontamento” (Ferryhough 2018) o per lo meno provarci: provare a relegare, limitare e silenziare le voci, sembra più tranquillizzante. Poterle ascoltare, sentirne i contenuti e magari tentare un dialogo con loro, è spesso visto come qual-

cosa di troppo difficile, come un infrangere di nuovo e coscientemente quella linea che divide ciò che è normale da ciò che non lo è.

Durante il percorso le voci hanno assunto forme diverse; si sono affievolite, si sono collegate alle emozioni. Sono emerse anche voci “positive”, quelle che consigliano, che a volte rassicurano, e a volte sono diventate solo ronzii di sottofondo. La paziente ha fatto spazio ai pensieri, alle emozioni, alle connessioni tra ciò che succedeva e ciò che pensava o provava.

Il risultato che ci attendiamo come operatori non è quello di non sentire più le voci (anche se molti lo sperano) ma saperci convivere. Imparare a mettere le voci in sottofondo per poter svolgere le azioni della quotidianità è un ottimo traguardo.

Una giovane donna in uno degli ultimi incontri scriveva:

In famiglia sono stata quella che ha avuto problemi psichiatrici da curare, se invece mi guardo dentro penso di essere una delle tante persone uditrici di voci ad aver fatto esperienze che non capitano facilmente; ho capito molto della mia mente, penso di aver avuto un'alternativa all'abbandono evolutivo. Sono matta, ma so quel che dico.

Per lei le voci erano diventate fonti di informazioni utili per elaborare questioni in sospeso rimosse, negate, “finite nell'inconscio”. Solo ora poteva ora iniziare il saper essere.

## Storia di A.

Queste le sue parole:

Per me le voci rappresentano una tortura incessante, un misto di paura, angoscia e ansia, un qualcosa di incontrollabile... con il tempo si sono affievolite e sono diventate quasi la normalità.

La “quasi normalità” di A. è il risultato di un percorso di riabilitazione durato circa sei anni.

Ha iniziato a sentire le voci nel 2018, dopo un periodo di isolamento. Cominciò a sentire voci dei vicini, voci che venivano dal rumore delle macchine, dagli elettrodomestici. Sempre di più, tante. Si sentiva perseguitato, spiato dalla televisione, dal computer, dal cellulare: la situazione era diventata insostenibile. I familiari si rivolsero a quel punto (nel 2020), al Centro di Salute Mentale. A. venne visitato da uno psichiatra che procedette per un TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio). Gli venne diagnosticata una psicosi schizofrenica.

A. non capiva cosa stesse succedendo. Inizia così la sua storia clinica.

Lo incontrai per la prima volta nel 2021, per un colloquio. Aveva, al tempo, 32 anni, viveva in famiglia, con i genitori e una sorella più grande. Aveva frequentato l'università e si era fermato all'ultimo esame. Aveva sempre avuto problemi di relazioni, stare con gli altri era sempre stato molto faticoso, tanto da indurlo a un isolamento progressivo. In quel periodo prendeva dei farmaci ma i sanitari stavano ancora cercando la terapia più appropriata, in quanto A. era definito: “farmaco resistente”.

Durante i primi colloqui mi parlava delle voci, di come fossero cattive e offensive.

Abbiamo deciso allora di incontrarci una volta a settimana, cercando di districare e chiarificare quanto gli stava succedendo. Si sentiva “imprigionato”. Le voci occupavano la sua testa, sentiva di non avere più pensieri propri. Le emozioni erano distanti, non le sentiva, era come se tra lui e il mondo ci fosse un vetro, una “intercapedine”. Non aveva la forza di fare molto, sentiva imbarazzo e vergogna all’idea di incontrare le persone, temeva soprattutto la domanda “che stai facendo?”. Lui non faceva nulla, non lavorava, non usciva con gli amici, faceva poco, l’indispensabile.

I nostri incontri settimanali si focalizzarono sulle voci, sulle emozioni e sulle azioni, le ultime due bloccate dalle voci che gli dicevano continuamente che lo avrebbero torturato fino alla morte, che non valeva nulla e che sarebbe stato meglio se si fosse ammazzato. Questo per tutto il tempo degli incontri.

Fortunatamente A. ha una grande risorsa: la razionalità. Gli permette di non assecondare le voci e di chiedere conferma ai familiari per verificare se quello che le voci dicono corrisponde a realtà. Tutto questo è però enormemente faticoso ed estenuante per lui; spesso si sente privo di energia, la sua quotidianità è annullata, le voci lo sovrastano, occupano la mente, si sostituiscono ai pensieri, occupano l’anima, occupano le sensazioni del corpo. La mobilità si riduce, la sua spinta energetica è al minimo.

Arrivò allora a decidere di trattare le voci insieme a me, intraprendere un percorso impegnativo che richiedeva apertura e disponibilità a mettersi in gioco, cominciammo ad agire anche contro la logica, il senso comune. L’obiettivo era volto ad ascoltare sempre le voci, cercare un dialogo con loro, dar loro degli appuntamenti per avere spazi liberi, ecc. Provare a trovare pazienza, amorevolezza e senso critico, a raccogliere l’invito del precetto socratico: “conosci te stesso”. Siamo andati parallelamente avanti con una esplorazione che mirava a riconsiderarsi, a ridefinirsi, a cercare gli interessi del passato per verificare se anche nel presente potessero essere piacevoli o quantomeno interessanti.

A volte ci siamo trovati a fare liste scritte su: “cosa mi piace” e cosa “non mi piace”; ad esplorare le emozioni, dargli un nome e a capire cosa le provocano: cosa mi dà gioia, tristezza, rabbia, paura, quale evento mi fa provare disprezzo. Poi a cercare di capire che emozioni danno le voci, se rispecchiano le nostre oppure le contrastano. A. teneva un diario, seguendo le mie indicazioni, sul quale annotava continuamente quello che gli succedeva.

Parlare insieme in questo modo delle voci ha rappresentato per A. un primo cambiamento. Si parlava di quello che gli succedeva senza legarlo immediatamente a una psicopatologia, arrivando a dire: «è senz’altro meglio parlarne!».

Dopo tre mesi di colloqui, A. ha iniziato a frequentare il gruppo di Uditori di Voci.

Questo lo ha portato a definirle sempre meglio con l’aiuto del gruppo, a dargli una identità, ad ascoltarne i cambiamenti di tono affettivo e di contenuto, sempre supportato dal gruppo. Nel corso dei mesi le voci si sono affievolite. A. non capiva più cosa dicessero, restava spesso solo un brusio di sottofondo.

Nelle pagine del suo diario iniziavano ad essere annotati più giorni in cui non sentiva nulla. La sua testa iniziava a liberarsi e, con sollievo, poteva fare altro. A. ha accettato, a questo punto, la proposta di un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato riferito a una formazione e a un lavoro, iniziando un tirocinio lavorativo. Ha partecipato a un training di *cognitive remediation* per allenare la concentrazione e la memoria, che sentiva ancora debo-

le. È stato infine chiamato per una formazione retribuita nel negozio dove aveva svolto il tirocinio.

Nei vari incontri di gruppo capitava di raccontarsi scrivendo e poi condividendo ciò che si era scritto:

Crescendo, ho avuto sempre più difficoltà a relazionarmi con altre persone e per questo molto del mio tempo l'ho passato da solo. Da una parte la solitudine mi dà sollievo, dall'altra non mi fa sentire bene con me stesso. Quando sono con altre persone, tendo a chiudermi e non parlare molto, come se mi bloccassi, oltre al fatto che provo molta ansia. Ho iniziato a sentire le voci dal 2018. Cominciai a sentire quelle dei vicini di casa; alcune mi dicevano cose senza senso, altre mi dicevano di buttarmi dalla finestra. Mi facevano credere che ero spiato da tutte le parti, dalla televisione, dallo smartphone e dai passanti. Credevo che le cose che sentivo erano riferite a me, che ce l'avessero tutti con me. Alcune voci erano più fredde e distaccate, come se non gli importasse nulla di me. Vedevo cose che non c'erano veramente nella realtà. Avevo molta paura perché non capivo bene cosa mi stesse succedendo, loro non si fermavano più, non ero più lucido, facevo fatica ad avere pensieri miei e faticavo a percepire la realtà così come era. Le voci per me rappresentano una tortura incessante, un misto di paura, angoscia e ansia. Un qualcosa di incontrollabile; con il tempo si sono affievolite e sono diventate quasi la normalità, anche perché le sento meno rispetto a prima. Le voci raccontano di me, le mie paure, come la paura di essere spiato ovunque vada, l'ansia di relazionarmi con il prossimo, la paura di sbagliare e di sentirmi stupido e inutile. Raccontano la paura di non essere voluto bene e di non essere accettato per quello che sono. Raccontano la mancanza di libertà, di non riuscire a scegliere per sé autonomamente, di essere bloccato, di non riuscire ad esprimermi.

Scrive sul diario, come se parlasse a sé stesso:

Caro A. non devi farti influenzare dalla noia e dalla pigrizia, devi riuscire a fare quello che vuoi altrimenti con il passare degli anni potresti pentirti, perché il tempo non si ferma con te. Dovresti superare anche la paura di sbagliare e metterti in gioco, anche se farai tanti errori. Devi andare avanti così come stai facendo con il tirocinio, deve essere lo stesso anche per le altre cose. Riguardo alle voci, ora non sono più come prima che rubavano la maggior parte del tuo tempo. Le voci adesso non ti assillano, anche se una è ancora presente nella tua vita. A questa voce vorrei dirgli di andarsene, così da farti riavere il tuo silenzio. Ma andrà via quando avrà fatto. Ora ti ci sei abituato, hai accettato che sia una parte di te. Sono convinto che prima o poi sparirà lasciandoti per sempre andare avanti da solo.

Al momento, incontro A. ogni tre settimane per fare il punto della situazione. Mi racconta del lavoro, del piacere di avere un ruolo sociale che gli permette di sostenere le domande degli altri: *cosa fai?*

La fatica dell'incontro con l'altro è sempre molto forte ma sta impiegando tutte le sue energie per sostenerla e non mollare tutto. Mentre lo ascolto mi risuonano le parole di Sartre rispetto allo sguardo oggettivante: «Non appena appare l'altro uomo, le coordinate del mio mondo sono disgregate. Non sono più il centro del mondo, perché anche lui è un centro. L'altro uomo mi deruba del mio mondo, per così dire il mio mondo fugge verso di lui [...] io sono l'oggetto del suo sguardo. L'altro solleva una nuova minaccia: che io diventi un puro

oggetto, che non sia più un soggetto libero che costituisce un mondo, ma l'oggetto di un mondo di qualcun altro. E, ovviamente, lui è minacciato in modo analogo dal mio sguardo» (Sartre 1965, pp. 323 e s.).

Lo guardo, gli comunico il mio pensiero, sorride. Il saper essere è un lungo cammino.

*Ringrazio con tutto il cuore A. che con i suoi modi gentili e pacati ha accettato di condividere con me questo tratto della sua vita, permettendomi di ascoltare i suoi pensieri e le sue fatiche e permettendomi di raccontarli.*

## Bibliografia

- Aa.Vv. 2013, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Baker P. 2009, *Quelle voci dentro di te. Manuale Pratico*, Independently Published.
- Cardano M., Lepori G. 2012, *Udire la voce degli dei l'esperienza del gruppo voci*, FrancoAngeli, Milano.
- Fernyhough C. 2018, *Le voci dentro. Storia e scienza del dialogo interiore*, Raffaello Cortina, Milano.
- Janes J. 1976, *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*, Adelphi, Roma.
- Maone A., D'Avanzo B. 2015, *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Quarato M. 2019, *Allucinazioni: sintomi o capacità? Racconti di errori diagnostici, soluzioni, ribellione e libertà*, Fabbrica dei segni, Milano.
- Romme M., Escher S. 1997 (a cura di), *Accettare le voci. Le allucinazioni uditive: capirle e convivere*, Giuffrè, Milano.
- Romme M., Escher S. et al. 2010, *Vivere con le voci 50 storie di guarigione*, Mimesis, Milano.
- Salvini A., Stecca A. 2012, *Udire Voci. Ipotesi per la psicoterapia e la ricerca in scienze dell'interazione*, in «Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia», 1/2, pp. 40-58.
- Sartre J.P. 1965, *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano.
- Tien A. 1991, *Distribution of hallucinations in the population*, in «Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology», 26/6, pp. 287-292.

# Philip K. Dick fantapsicologo. Lezioni di antipsichiatria di uno scrittore speculativo

Ivan Di Marco

*Non le è venuto in mente, dottoressa, che nell'ultimo decennio potremmo aver superato i nostri problemi iniziali di adattamento di gruppo ed essere diventati...» fece un gesto «adattati? O qualunque altro termine preferisce... In ogni caso, capaci di intrattenere rapporti interpersonali adeguati, come quelli che lei vede svolgersi qui, in questa sala del consiglio. Certamente se possiamo lavorare insieme non siamo malati. Non c'è prova di buona salute mentale più valida della capacità di lavorare in gruppo.*

Gabriel Baines a Mary Rittersdorf  
Ph. K. Dick, *Follia per sette clan*

## Un matto al parco

Una mattina di agosto, in un'area verde sul lungotevere che frequento abitualmente, un uomo mi saluta mentre mi vede andar via. Ricambio il cenno ma capisce che non lo riconosco:

«Ci siamo allenati insieme l'altra volta».

Vedendo il mio smarrimento, con aria delusa mi fa:

«Non ti ricordi» e riprende i suoi esercizi.

La settimana successiva ricapita più o meno la stessa scena. Stavolta l'uomo aggiunge qualche dettaglio per aiutarmi a rievocare l'incontro. Al che gli rispondo che deve avermi scambiato con un'altra persona.

Già dopo il primo episodio ripenso all'accaduto. Magari c'è davvero qualcuno che mi somiglia con cui l'uomo fa due chiacchiere tra una serie e l'altra; oppure si è sentito un po' solo e avrà voluto attaccare bottone. Tuttavia, il *giudizio* che permea entrambe le ipotesi è che *questo qua sia un tipo strano*: e non tanto per il malinteso, ma per la sua sicurezza nel sapere *che io fossi chi dovevo essere* – e che magari stessi fingendo di non ricordarmi di lui per chissà quale ragione...

Al secondo incidente, però, penso anche a qualcos'altro. Io do per scontato che *lui* si sia sbagliato perché *io* non so di cosa stia parlando. Insomma, la mia realtà non coincide con la sua; o in termini presocratici, il nostro *koinos kosmos* (l'universo condiviso) è sfasato. Ma dal suo punto di vista? Magari sono io il matto del parco, quello che “o ci fa o ci è”. Allora mi torna in mente una parabola taoista: quella di Chuang-tzu che sogna di essere una farfalla;

ma al risveglio si domanda se in realtà non sia la farfalla a sognare di essere Chuang-tzu. E dal ricordo di questa storia segue una serie di considerazioni: se perfino l'incontro con uno sconosciuto può confondere la mia realtà, quanto può farlo la relazione con i pazienti? Potrei credere di aver comunicato qualcosa (un'interpretazione, un cambio di orario, una domanda) e invece l'altro cade dalle nuvole o viceversa:

«Ah, non gliel'avevo detto?».

Chi fa ricerca può contare su un sistema di riferimento esterno: una registrazione, un testimone dietro lo specchio oscurato, l'analisi del trascritto con l'intelligenza artificiale e via dicendo. Ciò implicherebbe che "l'oscuro scrutare" della tecnologia possa essere un auspicabile rimedio alla fallacia della soggettività umana. Allora perché non sostituire il "terzo analitico" con un più attendibile "terzo elettronico"? Una risposta potrebbe essere che raramente somministrare una dose di obiettività si rivela terapeutico. Sarebbe un po' come se, rincontrando quell'uomo al parco, cercassi in tutti i modi di provare che il mio *idios kosmos* (l'universo soggettivo) è corretto, mentre il suo è illusione. Ma quante volte, anche di fronte all'evidenza, non è possibile rinunciare alla propria visione del mondo? Atto di violenza più che terapeutico, sopraffare l'altro con una presunta obiettività – che comunque non può essere accolta da chi soffre – sembra il goffo tentativo di negare l'"ontologia incerta" di un mondo che ancora non comprendiamo fino in fondo: quello della psiche.

Forse, solo seguendo una logica dell'*entrare* nella mente altrui, superando il paradigma della segregazione fra sanità e malattia, e abbracciando una concezione della vita psicologica come *continuum*, più che come una sfilza di categorie, solo così, forse, sarà possibile avvicinarsi all'anima che soffre con solidarietà più che diffidenza. D'altra parte, senza riconoscere il terreno comune della psiche, sano e malato non potrebbero mai comprendersi.

Dunque la "storia della follia", oltre l'età classica e nella postmodernità, è all'insegna della somiglianza e delle differenze. È la storia di chi vede nel *rapporto* il fulcro di una qualunque prassi terapeutica. E come testimoniano sia la produzione letteraria sia la vita di Philip Dick, l'idea che gli alienati non siano poi così alieni non è più appannaggio esclusivo degli specialisti del settore. Dai tempi della psichiatria interpersonale agli anni dell'antipsichiatria e fino alla "svolta relazionale", l'idea di una psiche complessa è filtrata nella società fino a coagularsi in un *milieu*. *Follia per sette clan* traduce quel *milieu* nel linguaggio della fantascienza, raccontando la storia dei matti, non al parco, ma sulla luna.

## Stultifera luna

In *Storia della follia nell'età classica*, Michel Foucault (2012) inizia la sua narrazione sul viaggio degli insensati con l'immagine di un dipinto: *Nave dei folli* di Hieronymus Bosch. Come spesso accade, le immagini sanno descrivere un'epoca meglio delle parole; e la comparsa dello «strano battello ubriaco che fila» (ivi, p. 53) sospinto dalle correnti del Rinascimento non fa eccezione. Ma come ricorda un musicologo tedesco in *Europe central*, di William T. Vollmann (2005, posiz. 1762-1764) «Quando cambia il mondo, cambia pure l'uomo, così il compositore e pure l'arte».

Infatti, circa 470 anni dopo che Bosch "farà salpare" la nave dei folli, uno scrittore di

fantascienza altrettanto visionario spedirà i matti ancora più al largo: su una delle lune del sistema di Alfa Centauri. Sto parlando di Philip K. Dick e del suo *Follia per sette clan*; un'opera non tra le più note dello scrittore americano, ma cionondimeno ben quotata dal suo maggiore biografo: «*Follia* è romanzo diseguale, ma non assomiglia a nessuno altro» (Sutin 2018, posiz. 7677). Il romanzo è stato argomento di uno dei seminari del Laboratorio di Psicoanalisi, Ermeneutica, Fenomenologia (LAPEF 2023) e ha permesso l'incrocio fra i punti di vista sci-fi e analitico. Un matrimonio quantomai felice, poiché sia la biografia romanzata (Carrère 2016) sia quella storiografica (Sutin 2018) raccontano le numerose frequentazioni "psi" dell'autore californiano, e come paziente e come studioso – soprattutto nell'ambito della psicologia analitica.

Ma veniamo ai folli argonauti spaziali. Nel romanzo, i malati si trovano sul satellite Alfa III L2, un corpo celeste del sistema Alfa Centauri che l'umanità ha adibito a colonia sanitaria. Sfortunatamente, la guerra con i vicini alfani ha tagliato fuori l'Istituto Harry Stack Sullivan per venticinque anni; al punto che i residenti hanno perso qualunque contatto umano con la propria terra natia; concretizzazione, questa, della peggiore forma di angoscia secondo il padre della psichiatria interpersonale: restare tagliati fuori da *tutti gli altri*. Eppure, sebbene la nave dei folli sia andata alla deriva, al momento dei fatti narrati l'ex comunità psichiatrica appare del tutto indipendente; una collettività che, in sole due generazioni, si è riorganizzata in una vera e propria società democratica divisa in caste: i clan, per l'appunto.

La classe dirigente è quella dei Para, schizofrenici paranoici di Adolfville rappresentati da Gabriel Baines – che non si unisce mai agli altri delegati se prima il suo sosia androide non gli dà il via libera. Poi c'è la casta guerriera in stile samurai, composta dai bipolari di primo tipo (qualche DSM fa, i maniaco depressivi) noti come Mani: più violenti dei Para ma meno calcolatori, sono sempre occupati a sviluppare nuove armi in cima alle Colline Da Vinci. Non può mancare una casta religiosa, anzi due: quella degli asceti mistici relegati ai lavori più umili, gli intoccabili ebefrenici Eb di Gandhitown; e i dogmatisti visionari, schizofrenici Schizo di Giovanna d'Arco. Poi ci sono i Poli, artisti di Hamlet Hamlet, il clan creativo composto dagli schizofrenici polimorfi – rappresentati dall'infantile e prosperosa Annette Golding, amore impossibile di Baines. E la creatività Poli è bilanciata dalla fazione ossessivo-compulsiva dei funzionari e impiegati Os-Com (di cui l'autore non specifica l'insediamento). Infine, c'è la classe più detestata da tutti gli altri clan: i Dep, depressi fino al midollo e condannati a piangersi addosso nelle Colonie Cotton Mather.

## Un piccolo inciso

Trovo interessante che l'apice e il fondo della piramide sociale immaginata da Dick siano rispettivamente i paranoici e i depressi. Se la follia è «il tentativo (a volte patologico, ma *sempre* in azione, nel sano come nel malato) di non vedere il vuoto» (Vadalà 2019, p. 25), allora i clan sembrano godere di prestigio in modo direttamente proporzionale al loro *riuscire* a non vedere il vuoto. I depressi sarebbero paria proprio perché hanno abdicato all'"illusione necessaria" a vivere: il Reale si profila all'orizzonte e impedisce qualsiasi possibilità di immaginare le cose "altro da come sono". E se l'alternativa è un mondo piatto e morto, allora tanto meglio

seguire un leader Para che vive di dietrologie e si nutre di complotti; qualcuno che vede la realtà come un pieno più che un vuoto: un mondo dove *tutto* ha senso.

In effetti, anche nella clinica a volte è più facile entrare in sintonia con chi si racconta qualunque cosa pur di scappare dal dolore – salti mortali logici che sottolineano la drammatica ricerca di senso del paziente. Al contrario, l'estrema vicinanza dell'abisso con cui ci confronta chi ha perso ogni prospettiva può stimolare rabbia o commiserazione. Restando nella metafora buddhista di Vadalà, è come se i depressi ci sbattessero in faccia che nulla ha senso, che la vita è una finzione e loro sono gli unici ad averlo capito: ecco perché hanno smesso di provare.

Tuttavia, questo sarebbe un fantasma del terapeuta che non sa *stare* nel vuoto del paziente. Lo ricorda il bioniano Grotstein quando parla dell'Io trascendente: «Potremmo dire che se uno non può sopportare di non sapere, allora è perseguitato da quel che proietta in ciò che non conosce» (Culbert-Koehn 1997, p. 26, tda). Rifiutare la voragine di senso del depresso, allora, comporterebbe un allontanamento difensivo; un atto di violenza più che di compassione. Emozione, questa, inaccettabile perché metterebbe in crisi le proprie illusioni. Finché non si realizza che qualsiasi illusione non è meno reale di tutte le altre: è il nostro Io che sceglie (seppure in modo temporaneo e insoddisfacente) quale e quanto aderirvi.

## Favole dell'antipsichiatria

Al di là delle vicende narrate, il romanzo dickiano può essere considerato una variante sul tema dei matti che dirigono il manicomio (Sutin 2018); ma anche una satira grottesca della paranoica organizzazione sociale statunitense in piena Guerra fredda (Pagetti 2022). A differenza della *Stultifera navis* foucaultiana, Alfa III L2 è un vascello autosufficiente che naviga indisturbato nel vuoto siderale. La sua autonomia deriva dall'ipotetico equilibrio psicopatologico delle caste che ne compongono il corpo sociale.

È un'opera di finzione, ma che tra gli esegeti italiani di Phil Dick è giustamente ritenuta una «favola antipsichiatrica» (Pagetti 2022, p. 164); come riconoscerà anche Cristian Muscelli, dell'Istituto di Ricerca di Psicoanalisi Applicata, sottolineando la contrapposizione fra «psicoterapia buona e psichiatria cattiva» (LAPEF 2023). Ma la suggestione dell'analista IRPA non si limita all'ambito psichiatrico: *Follia* ha qualcosa da dire sulla società umana anche al di là della contrapposizione fra sani e malati. A tal proposito, Muscelli ricorda *Il disagio della civiltà* (Freud 1929/2013) e la relazione fra paranoia – *core* patogeno della classe dirigente sul satellite alfanò – e cultura.

L'idea è che la violenza innata dell'uomo necessiti di una qualche forma di contenimento che solo la collettività, con la forza delle istituzioni, può garantire. La “scimmia nuda” sarebbe così addomesticata, finalmente libera dal conflitto fra pulsioni e realtà. Tutto al modico prezzo della felicità individuale. E infatti nel romanzo ho rintracciato un passaggio in cui i cosiddetti sani<sup>1</sup> descrivono il compromesso della società lunare:

---

<sup>1</sup> La CIA, che si serve del potere medico-legale per riprendere il controllo dell'ex colonia sanitaria e avere così un avamposto terrestre per meglio spiare i vicini alfani.

[...] con i paranoici che stabiliscono l'ideologia, il tema emozionale dominante sarebbe l'odio. O meglio l'odio che va in due direzioni: la leadership odierrebbe chiunque fosse al di fuori della sua cerchia e, inoltre, darebbe per scontato che tutti ricambino il suo odio. Pertanto, l'intera cosiddetta politica estera consisterebbe nello stabilire dei meccanismi tramite i quali si potrebbe combattere questo presunto odio diretto contro la classe dirigente. Il che coinvolgerebbe l'intera società in una battaglia illusoria; una battaglia contro nemici che non esistono per una vittoria sul niente (Dick 2012, p. 84).

Ma la visione terrestre non è sostanziata da un clima di guerra costante: è vero che tra i Para e i Mani non corre buon sangue, ma sulla luna l'equilibrio regge da quasi tre decadi. Non siamo di fronte alla guerra artificiale che trasforma l'odio in ordine, come nell'incubo orwelliano di 1984, dove la paura è un dio più potente dell'amore. In effetti, ricorda Muscelli (LAPEF 2023), nemmeno Freud cede del tutto all'idea hobbesiana dell'*homo homini lupus*: nel carteggio *Perché la guerra?* (Einstein, Freud 1932/2013) vede nell'amore un possibile aggregante sociale che la psicoanalisi potrebbe promuovere per evitare il passaggio all'atto dell'umanità.

A tal proposito, è degno di nota che l'unico personaggio che potrebbe incarnare l'auspicio freudiano in *Follia* sia un alieno telepate ed ermafrodita che Muscelli assimila a un iperbolico terapeuta: «Lord Running Clam, forma bavosa ganimediana che sostiene, d'accordo con San Paolo, che la *caritas* è la virtù più grande» (Sutin 2018, posiz. 7676-7677). Eppure, continua Muscelli, il neurologo austriaco sottopone un'altra soluzione al padre della relatività: l'identificazione col capo, un leader a cui rimettere la propria violenza in cambio della rinuncia al libero arbitrio.

Come ha dimostrato il Secolo breve, né la prima né la seconda delle soluzioni di Freud si sono dimostrate efficaci. Con la caduta degli ideali della modernità sono venuti meno sia l'ipotesi di un amore universale – laico o religioso – sia quella di un'identificazione col capo che non sfoci in un *acting* su scala globale. Purtroppo per noi, le “epidemie psichiche” paventate da Jung ne *Il divenire della personalità* (1934/2015a) hanno tolto e continuano a togliere ogni dubbio al riguardo. Ma allora anche i folli avranno infettato la luna con la violenza innata dell'*Homo sapiens*? E quella stessa violenza sarebbe l'unico collante sociale a consentire ai matti una qualche forma di autonomia?

Un'ipotesi che va in questa direzione è sempre di Muscelli, che afferma lacanianamente che il sistema dei clan è sì pacificato, ma infelice; ovvero che la separazione fra caste equivale alla «forclusione del rapporto sessuale» (LAPEF 2023). Nonostante il loro isolamento, però, i folli si sono organizzati, raggiungendo perfino una sorta di coscienza di malattia: tutti temono gli scoppi emotivi dei Mani e detestano l'inconsolabile tristezza dei Dep; così come riconoscono la visionarietà degli Eb e lo zelo degli Os-Com. Magari questo riconoscimento dell'altrui stranezza può essere un primo passo verso una differenziazione che *prelude* all'autocoscienza. Del resto, i clan si sono costituiti proprio per contrapposizione; e anche se i nomi degli insediamenti possono essere solo un artificio letterario – «nominare la propria patologia crea un problema strutturale» dichiara Muscelli (*ibidem*) –, si può immaginare che siano frutto di un processo di mutua accettazione (e sopportazione) che sposta la coscienza di malattia *fra* la mente propria e quella dell'altro: nell'universo condiviso dei clan.

## La difesa perfetta

Lo ribadisco: *Follia per sette clan* è fantascienza. Cionondimeno è un mito sulla vita psicologica come prerogativa non della psiche sana, ma della psiche in generale; anche nevrotica e psicotica. Ma c'è di più: con la sua stoccata alla rappresentazione della società americana degli anni Sessanta, il romanzo sottolinea un'importante lezione dell'antipsichiatria, ovvero che «la “normalità” – come dicevano Laing e i suoi colleghi – non esiste oppure è il prodotto di una follia ancora più devastante e maligna» (Pagetti 2022, p. 165). Anche la psicologia analitica ne sa qualcosa, visto che il modello complessuale è uno dei più attuali della teoresi junghiana. Una prospettiva in cui la mente non è un blocco monolitico, ma un insieme di «*scintille*» (Jung 1954/2015, posiz. 70283), di “frammenti di psiche” che si organizzano attorno all'Io e che questi si illude di dominare.

Dunque, l'autonomia delle isole complessuali implica che la salute dell'anima non sia prodotta dall'espulsione dei nuclei psicopatologici: è un problema di integrazione. Nelle parole di Jung (1929/2015, posiz. 145331-145332) si tratta di «produrre uno stato psichico nel quale il paziente cominci a sperimentare con la sua natura uno stato di fluidità, mutamento e divenire, in cui nulla è eternamente fissato e pietrificato senza speranza». Un elogio del cambiamento come principio vitale per eccellenza che risuona con l'*I Ching* cui lo stesso Jung si è dedicato<sup>2</sup>; e più in generale con la filosofia taoista, la quale concepisce il Tao (la Via) come guida invisibile del proprio viaggio su questa terra: «La strada che si cela dentro di noi è come un elemento vivente della psiche, che la filosofia classica cinese chiama “Tao” e paragona a un corso d'acqua che inesorabilmente scorre verso la propria meta. Essere nel Tao significa compimento, integrità, vocazione pienamente realizzata, principio e fine, e completa realizzazione del significato dell'esistenza intrinseco a tutte le cose. La personalità è il Tao» Jung (1934/2015a, posiz. 153177-153180).

Se rovesciamo questo passo di Jung, di una psiche-mondo informata da un principio armonico, otteniamo che la malattia è il progressivo allontanamento da questa spinta verso la coerenza; ovvero cedere alle forze disgreganti dell'entropia e permettere al conflitto di compiersi fino alla dissoluzione totale di qualunque possibilità di ordine.

Ma vorrei concludere questo “allunaggio” tornando ancora una volta su *Follia per sette clan*. Nella parte finale della sua analisi, Muscelli (LAPEF 2023) riprende Freud e l'impasto fra pulsioni di vita e pulsioni di morte come possibile soluzione al conflitto originario dell'essere umano. Tuttavia concentra la sua riflessione sui protagonisti del romanzo, Mary e Chuck Rittersdorf, che nella transizione dalla Terra dei “sani” alla luna dei “folli” scivolano in direzioni opposte sullo spettro della normalità; ennesimo esempio di come il sistema di riferimento sia fondamentale nella taratura dei concetti di salute e malattia. Io però vorrei sottolineare come in realtà i preesistenti sette clan non siano meno normali; che la loro società non sia un compromesso di serie B dove la pacificazione comporta la rinuncia alla felicità – che è ciò che vuole far credere loro la CIA con l'aiuto del potere psichiatrico.

<sup>2</sup> E che Phil Dick ha scoperto proprio grazie a Jung negli anni Sessanta. Se ne servirà per creare «il primo libro assolutamente dickiano della sua carriera» (Carrère 2022, p. 13): *L'uomo nell'alto castello*.

Un esempio significativo è l'impensabile atto d'amore di Gabriel Baines, che in qualità di leader Para potrebbe essere il più paranoico dei paranoici su tutta Alfa III L2. Verso la fine dell'intreccio, quando il conflitto tra le fazioni in lotta è allo zenit – clan vs CIA, alfani vs terrestri, moglie vs marito –, il delegato di Adolfville penserà per la prima volta a salvare un'altra vita invece che sé stesso; sentendo «che all'improvviso il peso di essere un Para, di doversi difendere contro qualunque pericolo, gli fosse stato tolto» (Dick 2012, p. 176). Un gesto più in linea con la virtù paolina ricordata dal mollusco ganimediano (la succitata *caritas* che oggi chiameremmo empatia), che non con l'atteggiamento di chiusura totale che distingue la paranoia.

Insomma, un germe di cambiamento è penetrato anche nella fortezza patologica per eccellenza, nella follia lucida che concretizza l'*homo homini lupus* per non lasciare alcuno spazio all'incertezza. E questo barlume di fiducia nel prossimo forse è il risultato di quella coesistenza forzata e faticosa fra clan, unica strategia di sopravvivenza contro una Madre Terra opprimente (con le sue "istituzioni totali") e abbandonica (troppo presa dalla guerra); o comunque invischiata in un rapporto di potere più che di cura. Una lettura, questa, che è ancora più significativa nell'ottica di una relazionalità in grado di curare, dove invece l'isolamento è la fonte di ogni alienazione.

Perché nella comune paura dell'ineffabile, solo l'altro è una possibile fonte di rassicurazione; qualcuno che ci faccia sentire meno soli davanti a una terribile verità: «Non esiste una difesa perfetta. *Non c'è alcuna protezione*. Essere vivi significa essere esposti ai pericoli; correre dei rischi fa parte della vita... la vita è fatta così» (ivi, p. 199). Ma la vita è anche conflitto, ragion per cui l'epifania di Annette è solo metà della storia, un'*emi-fania*: quel pizzico di paranoia, quel frammento psicotico che ci fa temere l'oscurità, è anch'esso "parte della vita". Infatti Gabriel completa l'agnizione della donna amata dicendole che anche difendersi è una necessità: «Provare non costava nulla. Anche quello faceva parte della vita e ogni creatura vivente era costantemente impegnata nel tentativo» (ivi, p. 200).

## Questione di gradi

Come ogni romanzo dickiano che si rispetti, la molteplicità dei punti di vista e l'intreccio di più storie fanno di *Follia per sette clan* un'opera prismatica<sup>3</sup>: prende la luce di una riflessione e la rifrange in svariati colori. Quello dell'antipsichiatria è il colore di una critica alla reificazione della psicopatologia e del conseguente isolamento di chi ne soffre. Certo, possiamo continuare a immaginare dei tipi sani/malati per orientarci, ma è un espediente che nasconde sempre il rischio di scambiare il dito con la luna. Quando l'errore si fa madornale, allora i ghetti psichici diventano prigioni effettive come quelle che si sono avvicinate nella "storia della follia". Con la chiusura dei manicomi, la minaccia sembra debellata; senonché il

<sup>3</sup> Una metafora per cui mi sento debitore all'*I Ching* di Sabbadini e Ritsema (2017, p. 31), dove scrivono che «i caratteri cinesi sono un po' come quelle gemme iridescenti che assumono un diverso colore a seconda dell'angolo da cui le si guarda».

progresso della cultura non sempre basta a esorcizzare i vecchi fantasmi: nuove forme di segregazione possono materializzarsi ogniqualvolta l'inuguaglianza porta a giustificare un atto di violenza – come quello dei terrestri contro gli ex pazienti della luna alfa (Rossi 2011).

D'altra parte, per usare un'inquietante ma felice metafora di Grotstein in riferimento al suo ex analista, Wilfred Bion, ogni essere umano che soffre è già di per sé recluso in un «“campo di concentramento” virtuale» (Culbert-Koehn 1997, p. 24, tda). Così, se quel gesto di separazione allontana il malato – non in nome di una differenziazione terapeutica, ma della *realizzazione* del “campo di concentramento virtuale” –, allora siamo di fronte all'ennesimo passaggio all'atto di un essere umano che non può riconoscersi nell'altrui sofferenza. Una sofferenza che fa tanto più paura quanto più è inconscia nella psiche del “tecnico” che dovrebbe curarla; e che invece ne è talmente posseduto da fargli dimenticare che la linea di demarcazione fra me e l'altro è in realtà estremamente labile. La portavoce del potere psichiatrico in *Follia*, Mary Rittersdorf, ci arriva giusto alla fine. Dopo aver violentato il delegato Para, quasi ucciso suo marito ed essere diagnosticata come depressa, se ne rende conto: «Sai pensavo di essere del tutto diversa dai miei pazienti. Loro erano malati e io no. Adesso» (Dick 2012, p. 221).

## Ritorno al parco

Verso la fine di agosto riprendo ad andare al parco. Nessuna traccia della mia “vecchia conoscenza”. C'è però un ragazzo orientale che avrà più o meno quattordici anni e che ogni mattina si fa una videochiamata a pochi passi da me. Ride, ripete a voce alta espressioni in una lingua che non riesco a comprendere. A volte arrivo che è già impegnato nella sua routine, altre invece è lui ad arrivare quando io me ne sto andando. A differenza dello sportivo dell'aneddoto iniziale, fra me e l'adolescente non c'è interazione (io faccio i miei esercizi, lui parla al telefono). Tuttavia, alla terza mattina che lo incontro, mi morde un dubbio: e se quel suo starsene da solo, il tono eccitato e le espressioni ricorrenti fossero dei segni di una qualche *stranezza*? Oppure ciò che di lui mi appare bizzarro è solo frutto di un *bias* culturale?

Ecco riaffacciarsi il solito *giudizio*; anche stavolta *pre-giudizio*. Del resto, è una vecchia storia quella della differenza fra culture. Ormai ne tengono conto i test e, da un po' di anni a questa parte, anche la psicodiagnostica. Ciò significa riconoscere che la dimensione personale ha bisogno di un sistema di riferimento più ampio per assumere senso. E bisogna tenere conto che questo sistema può essere diverso per etnia, religione, o qualunque altro aspetto che funga da polo collettivo nel confronto con l'individuo. Il fatto è che, se si stringe a sufficienza il campo d'osservazione, anche la storia personale può rappresentare un sistema di riferimento; così, l'atto conoscitivo non potrà che essere un *progressus in infinitum*. Questo perché: «Nella nevrosi il medico non si trova di fronte a un campo di patologia ben delimitato, ma a una persona malata, che non si è ammalata in un particolare meccanismo della sua psiche e che non presenta un focolaio isolato di malattia, ma che soffre nell'intera sua personalità. Con questo la “tecnica” non può misurarsi. La personalità del malato richiede l'impiego delle risorse dell'intera personalità del medico e non il ricorso a stratagemmi tecnici» (Jung 1934/2015b, posiz. 93001-93004).

Questa verità clinica di Jung, tuttavia, si scontra con il fatto che l'*Homo sapiens*, per quanto acculturato, continua a vedere il diverso con gli occhi antichi della specie. Occhi sospettosi che potevano fare la differenza fra la vita e la morte nella savana o nella steppa, come vuole il mito di una società fondata sulla paura – eredità nietzschiana raccolta da Freud, ricorda Muscelli (LAPEF 2023). Invece la parabola dei lunatici alfanì propone un mito alternativo: uno di cooperazione, non di competizione. Ma qual è il mito giusto? L'uomo è un "buon selvaggio" o un lupo mascherato da agnello? Siamo tutti fratelli od ognuno per sé?

Forse mi sono allontanato un po' troppo dal parco, ma sono domande che trovo pertinenti col cambio di paradigma sociale che vede il matto come uno di noi. Anche se – e sta qui la fregatura – alla luce di un retaggio culturale paranoideo, credo ci voglia ben altro che un semplice sforzo cognitivo per rendersene conto. Senza l'esperienza è impossibile sviluppare un senso critico, così che un'affermazione del tipo: «Uno psicoterapeuta nevrotico curerà infallibilmente nel paziente la propria nevrosi» (Jung 1935/2015, posiz. 144867-144868) sarà banalmente tradotta in "ci vuole un matto per capirne un altro". Al contrario, i matti della vita quotidiana e la metafora fantascientifica possono dare profondità all'affermazione di Jung: certo che ci vuole un matto per capirne un altro; cionondimeno siamo tutti sulla stessa "nave dei folli" e non si può mai sapere se e quando arriverà un'onda in grado di travolgerci.

*Follia per sette clan* non sembra offrire scampo a un'umanità intrinsecamente folle; ma, informato dall'antipsichiatria, afferma anche che ambire a essere una specie sana sarebbe ancora peggio, poiché gli "uomini senza inconscio" sono «persone che hanno completamente perso la loro Ombra, che se ne sono sbarazzate. Sono esseri bidimensionali: hanno perso la terza dimensione, e con quella in genere hanno perso anche il corpo» (Jung 1935/2013, p. 36). Un'immagine che trovo ben più inquietante degli omini verdi con gli occhi da insetto su cui gli esseri umani proiettano la loro *alienità*...

## Poscritto tecnologico

All'inizio del lavoro ho liquidato l'idea di un possibile "terzo elettronico" come rimedio a un'umanità non poi così obiettiva. D'altra parte, per quanto sarebbe bello credere che il lavoro analitico non sarà mai alterato dalla tecnologia, nei fatti è già dimostrato che non è così – scrivo "COVID" e non aggiungo altro. Ciò significa che, per quanto resti vera la precedente affermazione sulla nevrosi come ponte fra le menti di guaritore e malato (Jung 1935/2015), gli "stratagemmi tecnici" di cui ci serviamo sono determinanti (nel bene e nel male) per garantire la solidità del ponte stesso. Sul fatto che per risanare una psiche ce ne voglia un'altra non ho nulla da ridire, ma vista l'enorme velocità con cui la cultura cambia non c'è da sorprendersi che l'*Homo sapiens* fatichi a stare al passo. Lo dice bene un altro scrittore di fantascienza, più materialista di Philip Dick ma altrettanto visionario; quel "Lucrezio di Leopoli" che si è formato in medicina, filosofia e cibernetica dall'altra parte della cortina di ferro; e ha guardato al futuro con gli occhi di un «pessimismo scettico» e ateo (Marinelli 2023, p. 28). Nelle parole di Stanislaw Lem: «La tecnologia è più aggressiva di quanto noi solitamente crediamo. Le sue ingerenze nella vita psichica, i problemi connessi con la sintesi e la metamorfosi della nostra personalità, [...] costituiscono attualmente solo una classe vuota

di fenomeni. A riempirla sarà il progresso futuro. Molti imperativi morali oggi considerati incrollabili, allora periranno, mentre emergeranno nuove problematiche e nuovi dilemmi etici» (2023, p. 89).

Noi “sani” del pianeta azzurro non possiamo che rassegnarci a una realtà sempre più relativa e sempre più virtuale; e se non vogliamo impazzire come i personaggi dei “romanzi ontologicamente incerti” di Philip K. Dick (Rossi 2011), dovremo imparare a convivere con l’idea che una “mente divisa” non è sinonimo di follia. *Sette clan* offre una visione sociale della psicopatologia secondo cui «comunità e salvezza vanno di pari passo» (ivi, posiz. 1867, tda). In altre parole, finché è preservata la capacità di fare fronte comune contro le forze del caos, allora perfino la psicosi può diventare una forma di adattamento. Magari quella del futuro, di un’umanità lontana da casa e strappata a sé stessa; scagliata in un mondo che la sua anima primordiale stenta a riconoscere.

Certo, se quello di Phil Dick è l’ennesimo tentativo di uno scrittore speculativo di azzeccare il futuro, allora non è proprio rosea la realtà che ci aspetta. Anche se, a dirla tutta, per quanto una colonia di ex pazienti psichiatrici non rappresenti un’utopia, fintanto che esisterà una forma di società fondata su relazioni reciproche, saremo ben lontani dal realizzare una vera follia; per esempio, quella della Terra in preda alla paranoia, non di un’ennesima Guerra mondiale, ma di un “mondo in guerra”. Un mondo «dominato dalla competizione, dall’intrigo, dalla lotta di potere, dalle cospirazioni» (ivi, posiz. 1798, tda). Un mondo dove la follia dei normali non lascia scampo a quel vuoto dell’anima che la psicosi tenta disperatamente di colmare.

Chissà però se per i lunatici ha fatto la differenza essere figli di una struttura che ha preso il nome di un pioniere della “svolta relazionale”. All’epoca in cui Dick scrive il romanzo, la psichiatria interpersonale è ancora agli albori; e l’ortopedia psichica è la normalità. Dunque è possibile immaginare che un approccio antipsichiatrico – *alieno* nella storia e negli anni in cui è stata scritta – possa aver preparato il terreno a un’umanità sì bizzarra, ma quantomeno ancora capace di “amare e lavorare”. Un adattamento, questo, che non sarà in linea con gli ideali del tempo, ma che sa preservare quella natura umana che si aliena così facilmente quando perdiamo il contatto con gli altri.

## Bibliografia

- Carrère E. 2016, *Io sono vivo, voi siete morti*, Adelphi, Milano.
- Carrère E. 2022, *Introduzione di Emmanuel Carrère*, in Trevi E. (a cura di), *L’uomo nell’alto castello*, Mondadori, Milano, edizione Kindle.
- Culbert-Koehn J. 1997, *Between Bion and Jung. A talk with James Grotstein*, in «The San Francisco Jung Institute Library Journal», vol. XV, fasc. 4.
- Dick P.K. 2012, *Follia per sette clan*, Fanucci, Roma.
- Einstein A., Freud S. 1932/2013, *Perché la guerra?*, in *OSF*, vol. XI, Bollati Boringhieri, Torino, edizione Kindle.
- Foucault M. 2012, *Storia della follia nell’età classica*, BUR, Milano, edizione Kindle.
- Freud S. 1929/2013, *Il disagio della civiltà*, in *OSF*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino, edizione Kindle.

- Jung C.G. 1929/2015, *Scopi della psicoterapia*, in *OCGJ*, vol. XVI, Bollati Boringhieri, Torino, edizione Kindle.
- Jung C.G. 1934/2015a, *Il divenire della personalità*, in *OCGJ*, vol. XVII, Bollati Boringhieri, Torino, edizione Kindle.
- Jung C.G. 1934/2015b, *Situazione attuale della psicoterapia*, in *OCGJ*, vol. X\*, Bollati Boringhieri, Torino, edizione Kindle.
- Jung C.G. 1935/2013, *Introduzione alla psicologia analitica. Cinque conferenze*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Jung C.G. 1935/2015, *Principi di psicoterapia pratica*, in *OCGJ*, vol. XVI, Bollati Boringhieri, Torino, edizione Kindle.
- Jung C.G. 1954/2015, *Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche*, in *OCGJ*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino, edizione Kindle.
- LAPEF 2023, *Psicoanalisi e fantascienza. Un confronto, a partire da Ph. K. Dick*, <https://www.youtube.com/watch?v=n-tgNdVU578&t=5378s>
- Lem S. 2023, *Summa technologiae. Scritti sul futuro*, Luiss University Press, Roma, edizione Kindle.
- Marinelli L. 2023, *Elementi di lemologia. Lemmi e dilemmi di Lem*, in Marinelli L. (a cura di), *Summa technologiae. Scritti sul futuro*, Luiss University Press, Roma, edizione Kindle.
- Pagetti C. 2022, *Il mondo secondo Philip K. Dick*, Mondadori, Milano.
- Rossi U. 2011, *The twisted worlds of Philip K. Dick. A reading of twenty ontologically uncertain novels*, McFarland, Jefferson, edizione Kindle.
- Sabbadini A.S., Ritsema R. 2017 (a cura di), *I Ching. Il libro dei mutamenti*, Feltrinelli, Milano.
- Sutin L. 2018, *Divine invasioni. La vita di Philip K. Dick*, Fanucci, Roma, edizione Kindle.
- Vadalà G.M. 2019, *L'illusione necessaria. Sulla costruzione del significato in analisi*, FrancoAngeli, Roma.
- Vollman W.T. 2005, *Europe central*, Viking Press, New York, edizione Kindle.



# La metafora come possibilità di comunicazione del dolore

*Martina Saraceni*

*È sempre difficile consolare un dolore che non si conosce*

*A. Dumas, La signora delle camelie*

## Comunicabilità e incomunicabilità del dolore

Sembra difficile definire in modo chiaro e univoco cosa è il dolore, nonostante il fatto che questo è certamente un fenomeno universale cui nessuno nel corso della propria vita può sfuggire, salvo patologie che bloccano la possibilità di poterlo percepire a livello sensoriale e che possono portare facilmente a una morte prematura. Il dolore, come è noto, ha una fondamentale componente finalistica che permette di preservarci dai pericoli esterni e interni. Nella analgesia congenita, ad esempio, il corpo non è in grado di avvertire un danno biologico che sta avvenendo e questo espone la persona che ne soffre a una elevata possibilità di morte prematura. I dolori, infatti, vengono definiti “utili” proprio per questo motivo (un esempio tipico è il dolore da infarto che costringe il paziente a rimanere fermo, evitando, così, il pericolo di morte).

In medicina, dunque, la funzione protettiva del dolore è nota e accettata, seppure con qualche campo di incertezza non ancora risolto (ad esempio: a che serve il dolore nei casi oncologici o in tutte le tipologie di dolore cronico? Perché partorire con dolore? Dolori, questi, forse troppo sbrigativamente definiti “inutili”). Si tratta, comunque, di un evento talmente soggettivo e individuale, nonostante appunto la sua universalità, che lascia aperta la domanda se sia possibile oppure no comunicare in modo chiaro e univoco il tipo e la quantità e la qualità di dolore che ciascuno in un momento circoscritto sperimenta e prova. Nel sito web del centro per la terapia del dolore di Bologna (2024) troviamo scritto che il dolore «è il risultato di una complessa interazione tra lo stimolo puramente sensoriale (stimolo doloroso) e fattori legati alla persona (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, genetici) che possono modificare in maniera importante quanto percepito. Infatti, il segnale doloroso, una volta generato, viene modulato (ridotto o amplificato) a vari livelli del sistema nervoso prima di arrivare ad essere percepito. Si spiega così come il dolore sia il risultato di un complesso sistema di interazioni, dove molti elementi ne definiscono intensità e caratteristiche».

L'inserimento all'interno di questa definizione dei fattori religiosi e culturali come variabili che influiscono sulla percezione del dolore del singolo individuo, evidenzia ancora di più quanto possa essere difficile spiegare a chi si trova all'esterno del nostro corpo, della nostra percezione e, a questo punto, della nostra storia personale, quanto e che tipo di dolore sentiamo. Per queste ragioni si coglie con immediatezza quanto sia difficile ideare degli strumenti per la misurazione obiettiva di un'esperienza che, per sua natura, resta estremamente soggettiva. Ma quanto è necessario al proseguimento della vita (fisica e psichica) che l'altro da me prenda in considerazione seria e si occupi del nostro dolore? Far capire all'altro senza correre il rischio da una parte di non essere visti, di essere dimenticati e dall'altro di essere svalutato e comunque non creduto, proprio a causa della mancanza di un canale di comunicazione efficace.

Alla fine degli anni Novanta, negli Stati Uniti, nasce quella che viene chiamata Medicina Narrativa che approderà in Italia solo nel 2014. Con questo termine, mutuato dall'inglese *Narrative Medicine*, si fa riferimento a

una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura) [...]. Per la Medicina Narrativa la narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile di tutta la medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura (SIMeN - Società Italiana di Medicina Narrativa, 2024).

«Capacità di riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare e lasciarsi guidare da storie di malattie» sono le parole con cui Rita Charon (2006) descrive la Medicina Narrativa, sottolineando la necessità di un cambiamento strutturale profondo nel modo in cui il medico si relaziona al malato. La Medicina Narrativa chiede, infatti, agli operatori sanitari l'abilità di "coinvolgersi" – permettere che avvenga una "infezione psichica" diremmo con Jung (1946/1997, p. 188) – nelle storie del malato, di riconoscere le metafore, le allusioni, di tollerare le incertezze e le divagazioni proprie di una storia che si dipana ad entrare in una relazione emotiva.

Quello della Medicina Narrativa sembra essere un ponte che mette in collegamento tutte le aree mediche che si prendono cura del corpo, con tutto ciò che, invece, appartiene più al mondo del vissuto messo a disposizione attraverso la narrazione di sé, della propria storia e del proprio dolore. E il mezzo principe che viene utilizzato per facilitare la narrazione del paziente e la esplicazione del suo dolore è la metafora. Le metafore, infatti, hanno una capacità attrattiva e generatrice di senso, tale da costruire una rete di riferimenti fondamentale per la trasmissione del sapere all'interno della società o per la trasmissione di propri vissuti e stati emotivi all'interno della relazione con l'altro. Dire al proprio medico «sento la spalla come se avesse sopra un masso» piuttosto che dire «sento sulla spalla come se mi stessero pungendo una serie di aghi», facendo cogliere con immediatezza che ciò che dovrebbe essere mobile è bloccato, non soltanto permette di orientare meglio la diagnosi e, quindi, la terapia più adatta, ma fa anche sì che il paziente possa sentirsi compreso, capito, trovando le parole

che aprono la strada a una condivisione dell'esperienza e permettendo al medico di poter immaginare sul proprio corpo come la persona ha vissuto o sta vivendo l'evento, il livello di sofferenza percepito.

Nel passaggio dalla medicina alla psicoterapia e dal dolore fisico al dolore mentale, le difficoltà di comunicazione e condivisione sembrano essere le stesse, così come restano gli stessi rischi di non essere presi in considerazione se lo si "sopporta bene" (come si usa dire in medicina) o, viceversa, di non essere presi sul serio se lo si "sopporta poco". Pensiamo, ad esempio, a una persona con disturbo psicotico, drammaticamente scollegata dal suo essere in un corpo, e che potrebbe portare avanti un'ulcera o un tumore senza arrivare a percepire il minimo dolore e iniziare a lamentarsi lievemente solo quando, per un'altra persona, lo stesso dolore sarebbe diventato ormai insopportabile costringendolo a letto. La stessa cosa accade in queste persone per quello che riguarda quelli che possiamo chiamare i "dolori mentali", che vengono percepiti con tempi diversi, modalità diverse e comunicate su piani esclusivamente di ordine concreto e simbolico, difficili quindi da tradurre per chi è all'esterno in un linguaggio condiviso. Viceversa, è ugualmente probabile con queste persone imbattersi in dolori che non hanno alcun riscontro organico, ma che ugualmente persistono, fiaccano il corpo e lo spirito, bloccano, invalidano perché vengono realmente esperiti dal soggetto. In questi casi, l'unico assioma possibile dovrebbe essere che dal momento che un dolore viene lamentato quel dolore esiste e va preso in carico, declinando ovviamente il "come" di caso in caso.

Durante un colloquio con il suo psichiatra, A.M., una donna di 60 anni, chiede insistentemente che le vengano aumentati i farmaci per dormire. «Sono almeno due mesi e mezzo che non dormo, la sera spengo il televisore, mi metto sul letto e sto tutta la notte con gli occhi spalancati. Aspetto che arrivi il giorno e poi mi alzo e ricomincio la giornata. Nemmeno di pomeriggio riesco mai ad addormentarmi, non chiudo gli occhi per 5 minuti di seguito ormai da mesi. Per questo ho assoluto bisogno che lei mi aumenti il dosaggio dei sonniferi». Lo psichiatra, guardandola negli occhi e con sincera serietà, le risponde: «Io sono assolutamente certo del fatto che lei sia *convinta* di non dormire da due mesi e mezzo e se vuole possiamo parlarne ancora. Ma non posso aumentarle il farmaco».

Leggendo la metafora presente dietro la comunicazione della paziente è stato possibile comprendere il vissuto della persona e rispondere con accoglienza, senza scivolare sul piano concreto, facendola sentire accolta, creduta e contenuta.

Come riporta Anna Maria Antonucci (2021, p. 117):

Particolarmente significativa è la definizione dello psicologo/storico Julian Jaynes (1984), per cui il lessico del linguaggio, di per sé finito e compiuto, grazie alla metafora può estendersi a coprire una serie infinita di circostanze, creando addirittura circostanze nuove. La sottile *funzione* della metafora è quella di generare nuove componenti della lingua, ma la peculiarità del linguaggio metaforico è di descrivere un'esperienza che al tempo stesso genera nuovi modelli di coscienza che ampliano i confini dell'esperienza stessa. [...] il linguaggio metaforico suscita a livello di chi lo produce o di chi lo ascolta un'*emozione*, pertanto è uno strumento di consapevolezza e narra *ciò che a volte non sembra accessibile* al linguaggio.

Secondo Jung (1984) i simboli, così come le metafore, comunicano e suggeriscono qualcosa che sta al di là del loro aspetto o significato ovvio e immediato, rinviando a un senso più ampio “inconscio” che non è mai definito con precisione o compiutamente spiegato. La forza dei simboli sta nel loro carattere “numinoso” (o energia psichica), in quanto suscitano in noi una risposta emotiva, un senso di soggezione e ispirazione. I simboli sono insieme *immagini* ed *emozioni* perché senza valenza emozionale – la qualità “numinosa” – un simbolo è privo di significato. Le immagini e le emozioni sono proprio quegli strumenti di comunicazione che permettono il mettersi in contatto tra persone, la condivisione di una esperienza vissuta solo da uno ma in cui l’altro può, in qualche modo, ritrovarsi.

Come indirettamente detto, il passaggio dal corpo allo psichico non è assolutamente così netto e radicale, ma anzi le due aree sono profondamente intrecciate e collegate tra loro, tanto che risulta spesso difficile pensarle separatamente e lo si fa solamente per artificio. A sottolineare la profonda connessione tra le due aree (psichica e corporea) c’è anche il fatto che se la mente a volte “dimentica” (dal latino *dementicare* “uscir di mente”), il corpo, invece, sempre ri-membra perfettamente e in modo autonomo, a volte sollecitando la mente a rendersi nuovamente cosciente di un qualcosa di rimosso. Diremmo con Van Der Kolk (2020) che “il corpo accusa il colpo”. Se riprendiamo il tema del discorso evolutivo, così come possiamo affermare che il dolore fisico viene dimenticato con il passare del tempo e non lo si sa più rintracciare veramente (sempre valide, anche in questo caso, le testimonianze delle donne che hanno partorito che ricordano di aver provato dei dolori ma non li sanno più rievocare), allo stesso modo è probabile che per la nostra sopravvivenza sia utile e sano ricordare i dolori che la nostra psiche ha provato nel corso della vita per poterli far riemergere e metabolizzare. Si tratta, in fondo, di gran parte del lavoro dei primi anni di Freud.

A seguito di questa elaborazione e di questo interrogarsi sul tema del dolore e della sua possibilità di comunicazione e condivisione attraverso simboli e metafore, si inserisce un’esperienza fatta in prima persona all’interno di una struttura residenziale terapeutica riabilitativa per giovani adulti (18-25 anni) con problemi psichiatrici. Non si tratta di un caso clinico ma della narrazione, appunto, di un turno pomeridiano fatto all’interno della struttura, al fine di provare a esplicitare come, attraverso un fare simbolico condiviso, è stato possibile accedere a un livello di comunicazione profonda dell’angoscia attraversata in un momento di crisi profonda di un’utente e trasformare, attraverso le azioni (“atti parlanti”, come vengono definiti da Racamier 1982), le immagini e il disegno, un processo in corso.

### Un turno in comunità con M.

M. ha 24 anni, si trova in comunità da quasi 2 anni per ricovero volontario con l’intento di allontanarsi da casa dove, per lei, la situazione è diventata ingestibile. Vive in Italia dall’età di 8 anni quando, insieme ai suoi fratelli più piccoli, è stata presa in adozione da un orfanotrofio dell’Est Europa in cui viveva dall’età di 4 anni. Prima ancora, M. viveva con una madre violenta e disturbata e, nonostante le numerose segnalazioni di abusi e maltrattamenti, si è arrivati a toglierle la patria potestà solo in seguito a una aggressione molto violenta che ha

portato la bambina a un lungo ricovero in ospedale a causa di una frattura del cranio operata dalla madre con un martello. Gli anni in orfanotrofio, inoltre, vengono descritti dalla ragazza con ripetuti atti di violenza subita, punizioni e privazioni. La mamma adottiva dice di essersi «innamorata di lei appena vista», e che per adottarla senza separarla dai fratelli ha deciso, con il marito, di adottare tutti e tre. Verso i 12 anni M., che da sempre si dimostra una bambina problematica e con una vasta e cangiante sintomatologia, inizia a praticare l'autolesionismo in maniera sistematica e molto grave, tanto da farlo diventare il suo unico mezzo per calmarsi nei momenti di maggiore angoscia.

Nel corso degli anni le diagnosi che M. ha ricevuto presso i vari servizi cui ha avuto accesso sono state innumerevoli: Disturbo Bipolare, Disturbo Borderline di personalità, Sindrome di Asperger, ADHD, Dislessia, Discalculia, Disturbo Post-Traumatico da stress, Plusdotazione e altri.

Quel pomeriggio, per la prima volta, raggiunge la stanza operatori e confessa: «Ho l'ansia, l'impulso a farmi del male». Solitamente ci si accorge dei suoi tagli solo molto dopo che se li è procurati e a volte solo se lei li mostra a qualcuno perché estremamente abile a nascondersi. La ragazza è molto agitata e sfugge allo sguardo. L'operatrice le chiede se nella sua stanza è in possesso di qualcosa che possa aiutarla nel suo intento di farsi del male ma lei evita di rispondere direttamente dicendo che se volesse farlo potrebbe usare anche solo una matita ben appuntita. Insistendo nel chiedere con fermezza e reale preoccupazione però alla fine ammette di avere nascosto nella sua stanza qualcosa. Le viene chiesto di aiutarsi e di consegnare quello che ha; avendo deciso lei che quello sarebbe stato un giorno diverso da gli altri non ci mette molto a farsi convincere e dopo una decina di minuti accompagna l'operatrice nella sua camera da letto. Dal cassetto del comodino tira fuori una scatola di cerotti con dentro un pezzetto di carta arrotolato al cui interno conservava la lama di un temperino precedentemente smontato e la consegna senza parlare. Immediatamente, però, entra in uno stato di ansia molto forte, è sempre più agitata e dice che il fatto di essersi privata di quella lametta non la fa stare meglio, ma che, anzi, ora si sente senza più possibilità di farsi del male e questo la preoccupa. L'operatrice sente il grande gesto di fiducia che l'utente ha fatto nei suoi confronti e che proprio questo le sta comunicando ora: «la mia possibilità di farmi del male è ora nelle tue mani, mi sono voluta fidare, ma sono terrorizzata». Rimangono insieme un po' di tempo a parlare fin quando sembra che parte della agitazione sia rientrata e possa restare da sola.

Le regole della struttura, ovviamente e comprensibilmente, dicono che ogni oggetto tagliente o potenzialmente lesivo debba essere tenuto sotto chiave oppure gettato e smaltito fra i rifiuti. La lametta di un temperino non ha senso che venga conservata, tuttavia l'operatrice si ritrova a sospendere la decisione e a mettere la lametta nella sua borsa personale<sup>1</sup>. Dopo una decina di minuti M. si affaccia di nuovo e chiede con curiosità e sospetto «che ne hai fatto della mia lametta?». La cosa migliore resta fidarsi dell'intuizione e dire la verità, perciò

---

<sup>1</sup> Oggi è possibile dire che è probabile che quell'azione fosse dettata da un'area di comune inconscietà che ha messo in comunicazione profonda utente e operatrice, facendo sì che alcune cose potessero avvenire e gli si potesse trovare un senso successivamente.

le viene detto che non ne è stato fatto ancora nulla, che è bene pensarci prima di decidere che farne e in attesa di prendere una decisione si trova nella borsa, mostrandola. M. di nuovo si agita, ripete che si è pentita di aver consegnato quella lametta, che la conservava da tanto tempo e in qualche modo ci era affezionata; sa che è qualcosa che le fa del male ma è allo stesso tempo qualcosa che l'ha molto aiutata e il fatto di non averla più la fa stare in ansia e la rivorrebbe indietro. L'operatrice interpreta dentro di sé il messaggio che la ragazza le sta inviando con quelle parole e che fanno seguito a quel gesto di fiducia e di affidamento di prima e si muove tentando una strada affettiva e concreta allo stesso tempo. Le dice: «M. io questa lametta la devo proprio buttare, però capisco quanto per te sia stata importante e allora non mi va di buttarla nel secchione della spazzatura in mezzo alla strada, mi dispiacerebbe e mi sembrerebbe di mancarti di rispetto. Se sei d'accordo, la porto a casa mia e stasera la butto nel secchio di casa mia».

Lei spalanca gli occhi, un po' incerta e un po' incredula; ci pensa un attimo e poi dice: «Questa cosa non ha alcun senso... ma per qualche motivo mi fa sentire un po' meglio!». Presso questo accordo, compare il primo sorriso distensivo del pomeriggio. È plausibile pensare che questo accordo sia stato vissuto dalla paziente, a un livello profondo, come un tentativo da parte dell'operatrice di comunicare l'intenzione di volersi prendere carico e cura anche della sua parte distruttiva che, per quanto lacerante (in ogni senso in questo caso), è comunque per lei un aspetto fondante della sua storia, e non può essere semplicemente “presa e buttata via”, ma necessita di qualcuno che sia disposto a farsene carico, a digerirla e trasformarla per lei. In questo modo, il “luogo” di cura diventa la relazione e non più la comunità.

Trascorre una ulteriore mezz'ora e M. torna nella stanza operatori. Adesso indossa una lunga vestaglia, le mani dentro le tasche e il cappuccio sopra la testa fino a coprirle il volto a metà. Si siede senza parlare. Dopo lunghi minuti, senza alzare lo sguardo, dice: «Prima ti ho detto una bugia. Avevo altre cose in camera per farmi male che non ti ho dato e che non so se darti. Mi vergogno molto di questi oggetti che ho, non so cosa penserai». Questa volta la contrattazione è più lunga, ma la sua evidente richiesta di aiuto è commovente. È evidente anche per il fatto che si intuisce dai movimenti che, in realtà, gli oggetti in questione li ha già portati con sé, nascondendoli nelle tasche della vestaglia. È necessario, però, superare lo scoglio della sua vergogna che provoca nell'altra un certo timore per quello che può effettivamente nascondere dentro a quelle tasche, vista la forte reticenza. Placato un po' il terrore che si sente dentro e che viene indotto, si decide per tentare di nuovo una via concreta come prima, una azione simbolica: «facciamo così: io apro la mani e tengo chiusi gli occhi e li apro solo quando mi hai dato gli oggetti che hai nelle tasche». Come una bambina piccola, alleggerita dallo sguardo distolto dell'operatrice, accoglie questa proposta e deposita quest'altro pezzetto di sé. Fra le mani l'operatrice trova quattro siringhe ancora incartate. Sorride per tranquillizzarla, non la sta giudicando e ora si sente meno spaventata. Anche questo “dono” viene messo dentro alla borsa insieme alla lametta, assicurando a lei lo stesso trattamento. A quel punto può raccontare che le siringhe le usa da sempre per farsi con forza dei buchi sulle braccia e sulle gambe, che poi si trasformano in terribili ematomi; fino ad ora aveva sempre detto a tutti di fare questa cosa con penne o matite perché si vergognava di parlare delle siringhe. Un altro gesto di grande fiducia.

La crisi però è tutt'altro che passata, anzi, è probabilmente al suo apice. L'angoscia senza

nome che solitamente avrebbe sfogato tagliandosi o facendosi del male, è ancora lì che chiede di essere ascoltata e placata e lei, che ha iniziato a tagliarsi all'età di 12 anni, non possiede strumenti alternativi per uscirne. È una buona occasione per provare a trovarne di nuovi insieme, ma la mente non sa dove dirigersi, sembra come bloccata dalla paura della crisi che è in corso. Stare in silenzio ma vicino fisicamente, in una dimensione di attesa, provando a non saturare lo spazio e ad avere fiducia nel processo alla fine porta i suoi frutti. M., infatti, riprende a parlare e, con orrore, dice che continua ad avere in testa immagini di pelle tagliata da cui esce il sangue e a pensare che adesso non lo può fare. L'idea delle *immagini* risveglia dal torpore la mente dell'operatrice che si ricorda che a M. piace disegnare, anche se lo fa raramente perché dopo aver concluso un disegno le viene l'impulso di distruggerlo. Proprio per questo motivo, qualche mese prima, avevano creato insieme una cartellina con il suo nome che veniva conservata dentro all'armadio della stanza operatori con dentro quei pochi disegni che si erano salvati nel tempo e alcune poesie scritte da lei. L'operatrice le chiede, quindi, se se la sente di improvvisare un disegno, un disegno qualsiasi. Lei inizialmente fa resistenza, dice che non saprebbe cosa disegnare, che ha la testa vuota e non ha la fantasia ora per farlo. Viene rassicurata dicendo che è possibile solamente stare a vedere cosa succede, insieme, senza aspettarsi o programmarsi niente. Chiederle direttamente di disegnare le immagini che aveva in testa sarebbe stato probabilmente troppo intrusivo, oltreché saturante. Alla fine, non senza riluttanza, accetta avendo a disposizione le poche cose di cancelleria che la comunità forniva (qualche penna colorata, un paio di pennarelli ed evidenziatori, una matita grigia). Lei prende la matita e di getto inizia a disegnare. Nell'osservare dall'esterno il disegno che prende forma, sembra di rintracciare l'immagine di due lembi di pelle tagliati e tenuti insieme da un filo di sutura centrale. I quattro angoli del foglio vengono riempiti da scarabocchi fitti e neri.

Quando finisce descrive così il disegno: «È la bocca di un mostro gigante, quelli al centro sono i denti appuntiti. L'ho disegnata chiusa perché quando è aperta si vedono tutte le interiora del mostro e fa schifo. Quelli agli angoli sono stormi di altri mostri che si vedono in lontananza e ancora non si distinguono bene, ma sono tantissimi e stanno arrivando. Se chiudo gli occhi riesco a vedere solo mostri, mostri ovunque. Mi fa schifo questo disegno». Quando le viene chiesto di spiegare meglio cosa intende per "schifo" risponde d'impulso: «Beh è meglio disegnare cose belle!». A quel punto le viene restituito il foglio e le viene detto: «Bene, allora adesso prova a trasformare questo disegno in qualcosa di bello... oppure in qualcosa di ridicolo che ci faccia ridere!». Lei è sempre perplessa, ma arrivate a questo punto la fiducia si è consolidata ed esegue senza pensarci troppo.

M. prende un evidenziatore e inizia a colorare tutta la fila dei denti di un rosa fosforescente e quasi subito scoppia a ridere dicendo: «Mi è venuta in mente una cosa ridicola che mi fa troppo ridere». Tornano alla mente le parole di Winnicott quando scrive che: «È nel giocare e soltanto mentre gioca che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo, e di fare uso dell'intera personalità, ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il sé» (Winnicott 2005, p. 94), i momenti in cui «il bambino sorprende se stesso» (ivi, p. 89).

Qualche minuto più tardi, M. mostra il disegno di una splendida torta colorata e fosforescente con una ciliegina in cima. In altri giorni hanno spesso scherzato insieme sul fatto che l'operatrice non sa cucinare e quindi, ancora ridendo forte, dice: «Mi è venuto da ridere perché ho pensato che è una torta che avresti potuto cucinare tu!». L'operatrice ride con lei

e contemporaneamente si commuove. M. aggiunge che il nero intorno (quello che prima rappresentava i mostri che stavano arrivando e si vedevano in lontananza) potrebbe essere il fumo che esce dal forno dopo che l'operatrice ha cucinato e che la torta è brutta, ma davvero buona. L'evoluzione del disegno da "bocca di mostro" a "torta brutta ma buona", oltre a rappresentare la potenzialità trasformativa di tutti gli aspetti autodistruttivi, divoranti, della ragazza è, probabilmente, anche un simbolo del processo avvenuto nel corso di tutto il pomeriggio all'interno di quella relazione di cura: entrambe, operatrice e utente, hanno corso il rischio che tutto si bruciasse ma il risultato, che apparentemente può lasciare dubbi e perplessità, se ci si fida, ha invece un buon sapore.

In questo nuovo clima sereno, finalmente rilassato, iniziano a fantasticare su come potrebbe essere fatta questa torta, con quali ingredienti. La pianificano insieme nel procedimento, si dividono gli ingredienti da acquistare e si danno appuntamento per la settimana successiva per realizzarla insieme nella cucina della comunità. Sarà un pomeriggio all'insegna della musica, della leggerezza e della condivisione e la torta verrà poi offerta come merenda a tutti gli altri ospiti della comunità. Verrà fatta fredda, senza cottura e senza usare il forno, per non correre il rischio che si possa bruciare. Il disegno della torta, chiamata "torta (M)artina", viene conservato nella cartellina che sta nell'armadio con gli altri disegni suoi che si sono salvati dal suo distruggere, cartellina che diviene metafora del suo mondo interno che, per il momento, necessita di qualcuno esterno che se ne prenda cura e lo protegga dalla propria aggressività, ma che presto potrà essere recuperato come parte del proprio bagaglio personale, di vita, e integrato nella capacità di prendersene cura da sola. D'altra parte, come spiega Hillman (1983), il fine della psicoterapia è educare alla capacità immaginativa.

## Conclusioni

Il lavoro continuativo all'interno delle comunità terapeutiche permette di assistere alla nascita della capacità, della possibilità di imparare a comunicare un dolore muto, passando da una comunicazione fatta solo attraverso agiti distruttivi alla trasformazione degli stessi in azioni simboliche e pregni di significato. La comunità, però, come struttura, è una condizione necessaria (solo in questi turni di lavoro, ad esempio, si può avere a disposizione tutto il tempo che è stato necessario per il dispiegarsi del lungo processo sopra descritto), ma non sufficiente di per sé. La dimensione della cura all'interno di queste strutture, infatti, si fonda su due pilastri fondamentali: il primo è la relazione umana e terapeutica che si deve instaurare tra operatori (psichiatri, psicologi, infermieri, OSS, assistenti sociali) e utenti. Nel racconto precedentemente riportato risulta evidente come M. abbia potuto affidarsi all'operatrice sulla base di una relazione costruita piano piano, nel tempo e nella continuità della presenza. Questa base sicura, di fiducia, ha permesso all'utente di potersi sperimentare, affidandosi a un tentativo di cambiamento dei suoi meccanismi disfunzionali e (auto)aggressivi. Il secondo pilastro riguarda la capacità da parte degli operatori di coltivare l'intenzione di *esserci per l'altro*, facendosi garante di presenza e affidabilità. Si tratta di quello che Borgna chiama "comunità di destino" dove la separazione tra chi cura e chi è curato non può essere così netta, c'è necessità di una sintonizzazione «nella quale si esca dalla nostra individualità, dai confini del no-

stro egoismo, e non si riviva il dolore, la sofferenza altrui, come qualcosa che non ci interessi, come qualcosa che non ci appartenga. [...] sentire e vivere il destino di dolore, di angoscia, di sofferenza, di disperazione, di gioia e di speranza dell'altro come se fosse, almeno in parte, anche il proprio destino: il destino di ciascuno di noi» (Borgna 2011, pp. 14-16).

## Bibliografia

- Antonucci A.M. 2021, *La metafora come strumento di analisi dell'esperienza e di intervento terapeutico in psicologia*, in «Riabilitazione Neurocognitiva», n. 2.
- Borgna E. 2011, *Elogio della depressione*, Einaudi, Torino.
- Charon R. 2006, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University, New York Press. Disponibile a: [https://www.academia.edu/37834390/Narrative\\_Medicine\\_Honoring\\_the\\_Stories\\_of\\_Illness](https://www.academia.edu/37834390/Narrative_Medicine_Honoring_the_Stories_of_Illness).
- Hillman J. 1983, *Le storie che curano*, Raffaello Cortina, Milano.
- Jaynes J. 1984, *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*, Adelphi, Milano.
- Jung C.G. 1984, *L'uomo e i suoi simboli*, Mondadori, Milano.
- Jung C.G. 1946/1997, *La psicologia della traslazione*, in *OCGJ*, vol. XVI, Boringhieri, Torino.
- Racamier P.C. 1982, *Lo psicoanalista senza divano*, Raffaello Cortina, Milano.
- SIMeN - Società Italiana di Medicina Narrativa, 2024, <https://www.medicinanarrativa.network/>.
- USL di Bologna 2024, I Centri di Terapia del dolore, <https://www.ausl.bologna.it/cit/dolore/centri>.
- Van Der Kolk 2020, *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Winnicott D.W. 2005, *Gioco e realtà*, Armando, Roma.



Quentin Massys, *Allegoria della follia*, inizio XVI secolo



Francisco Goya, *La casa dei matti*, 1808/1812



Theodore Gericault,  
*Ritratto di un cleptomane*, 1822



Jheronimus Bosch, *La nave dei pazzi*, 1494 circa





## INVITO ALLA LETTURA

*a cura della Redazione*

*La rubrica Invito alla lettura propone indicazioni in merito ai contributi più attuali e significativi della psicoterapia con uno sguardo attento agli attuali sviluppi del pensiero teorico; sarà ovviamente presente una forma di dialogo con la letteratura, la filosofia, le neuroscienze e le arti. La rubrica sarà, a seconda dei numeri, completata da una sezione di recensioni, nella quale alcuni psicoterapeuti commenteranno le più interessanti novità del panorama italiano e internazionale.*



# Enrico Ferrari, *La bellezza salverà la psiche? Sguardi sull'anima e sul mondo*, Vivarium, Milano 2024

Angiola Iapoce

*Voi non conoscete né me né il Padre mio. Se conoscete me conoscereste anche Dio* (Gv 8,19). Sono le parole che Johannes pronuncia all'indirizzo del padre nello splendido film di Th. Dreyer *Ordet-la Parola* (1954). Mi è venuto in mente questo film, che con l'occasione ho rivisto, leggendo il libro di Ferrari, *La bellezza salverà la psiche?*, un titolo che echeggia quanto il giovane Ippòlit chiede insistentemente al principe Miškin: «È vero, principe, che voi diceste un giorno che il mondo lo salverà la “bellezza”? Signori, – gridò forte a tutti, – il principe afferma che il mondo sarà salvato dalla bellezza. E io affermo che questi giocosi pensieri gli vengono in mente perché è innamorato. Signori, il principe è innamorato; poco fa, appena è entrato, me ne sono convinto. Non arrossite, principe, se no mi farete pena. Quale bellezza salverà il mondo?» (Dostoevskij 1981, p. 378).

Poi c'è un'altra frase del film che mi piace citare: *Il meraviglioso è possibile nei nostri tempi?*

Perché questi accostamenti di temi esistenziali così profondi e che potrebbero sembrare



lontani dalla nostra pratica con un libro di psicologia analitica? Tenterò più in là di dare una qualche ragione alle associazioni che mi sono sembrate più significative. Mi limito per ora a dire, ma ad alta voce e con vigore, che questo *non* è un libro di “tecnica” psicoanalitica, ma è un libro che si rivolge a quegli psicoterapeuti che sentono il loro lavoro non come l'applicazione di una teoria, di un metodo, di un modello ecc. ma che lo intendono come un segmento, sia pur ampio e assolutamente imprescindibile, di temi che hanno a che fare con l'essere umano nella sua totalità e anche complessità.

D'altra parte, per ammissione esplicita dell'autore, la “bussola” di cui egli si avvale è quella della psicopatologia fenomenologica e della psicologia analitica junghiana. E sono i due orientamenti in campo psicologico (che tra l'altro sono anche i miei) che aprono la psiche al mondo, inteso tanto

come ambiente che circonda una persona, quanto come totalità delle cose che accadono, totalità dei fenomeni.

Lo stesso Mario Trevi, anche lui profondo conoscitore dei concetti della psicopatologia fenomenologica, si poneva la domanda se fosse attingibile l'unità della psiche. «Può lo psicologo prescindere dalla propria disposizione psicologica, dai suoi parametri soggettivi?» (1988. p. 16).

Come a dire. «Si può fare a meno di un soggetto, con tutte le sue limitazioni e parzialità, nel processo di conoscenza?»

E Ferrari, parlando delle due discipline che lo hanno nutrito e formato: «[...] hanno statuti epistemologici differenti, ma qualcosa le avvicina al punto da farle incontrare [...] il primato del soggetto sulla teoria» (p. 13).

Due prospettive, quella di Trevi e di Ferrari, che convergono sulla dimensione empirica della psiche e che inquadrano l'esercizio della psicoterapia all'interno della prospettiva linguistica. Sgombriamo subito il campo: il linguaggio non è inteso qui nella freddezza del corretto ragionamento e della corretta argomentazione, non è il *logos* della tradizione occidentale, quanto, piuttosto, quello che si trova nella pienezza della parola emozionale, nei racconti che fanno i pazienti e nel racconto che di essi fa il terapeuta, in quella continua fluidità che è, a sua volta, il racconto dell'esistenza. Di una singola esistenza immersa nel suo circoscritto ambiente che la circonda ma anche di un'esistenza che, per non morire asfittica, vuole respirare in radure più ampie e aprire il suo sguardo fino al cielo. *Sguardi sull'anima e sul mondo* è il sottotitolo del libro, sguardi sul soggetto nella unicità, particolarità e circostanzialità, ma anche sguardi su quel mondo più grande, i cui confini sono difficili da misurare con un metro che non sia quello del numero. Forse è stata proprio "la parola", l'ordine del discorso, per cui ho associato quasi istintivamente il libro di Ferrari con il film di Dreyer. Ma non si tratta di un'associazione estrinseca o, ancor peggio, solo fonetica. Vero è che, nel caso del film, la Parola è quella con la maiuscola del Verbo, *Ordet* è il Verbo in danese con cui si apre il *Vangelo di Giovanni*, è la Parola di Dio. Certo non è la parola "minuscola" del discorso psicologico, o di quei discorsi che si intrecciano tra paziente e terapeuta nel corso di un processo psicoterapeutico. Si tratta certamente di ordini di discorso lontani tra di loro.

C'è stato però un tramite che silenziosamente e inaspettatamente me li ha fatti avvicinare, sia pure in modalità *sui generis*, di cui parlerò. Questo *medium* tra la parola e la Parola è stato *la bellezza*, la bellezza del titolo del libro, certo non casuale, e la bellezza interrogata da Dostoevskij nella domanda che viene rivolta a Miškin: *Può la bellezza salvare il mondo? E di quale bellezza si tratta?* E Ferrari: «Si può pensare di coltivare la bellezza e la salvezza oggi, tempo del pericolo e della corsa all'utile?» (p. 11).

Ecco, questo libro si propone proprio di articolare questa domanda e, come è giusto che sia, le risposte sono narrative, discorsive e aperte. E continuando il discorso sul linguaggio e la "p/P-arola", una domanda circola sotterranea, una domanda paradossale e aporetica insieme, ma anche densa di senso: si possono trasformare le esperienze in oggetti di conoscenza? E se questo è possibile, qual è la strada da percorrere?

Una risposta parziale ma certa è che non può essere la strada dell'oggettivazione. E Ferrari non si affida ad una narrazione "astratta", individuando tematiche oggettive; piuttosto, mette in evidenza l'immaginare come terreno psichico di scambi tra le persone, senza mai

dimenticare che, in ogni rapporto e in quello terapeutico per quanto ci riguarda in modo specifico, le persone non sono “oggetti”, neppure di conoscenza, e non potranno né dovranno mai esserlo. La cura è un incontro con l'altro, con la necessità di creare uno spazio in cui questo incontro possa realizzarsi e, in questo libro, Ferrari focalizza l'attenzione sulla dimensione della “bellezza” che può diventare la prospettiva da cui aprire questo spazio. Perché la bellezza ha una sua “forza”, che non è quella comunemente intesa dei canoni estetici consegnatici dalla tradizione; la forza del bello, oggi, non è l'esclusione della difformità e deformità, l'esclusione di ciò che non rientra in quei canoni. Se oggi l'estetica ha una sua potenza energetica è perché ha incluso in sé il dif-forme, che è la stessa ragione per cui può dialogare con il pensiero psicologico, psicopatologico e psicoterapeutico.

Sofferamoci su questa frase tratta dal libro (p. 94): «La bellezza junghiana è quella della psicopatologia individuale coniugata con l'ampiezza dell'universale, della continuità della clinica della malattia e l'esperienza umana non annoverata nella patologia, della tensione a unire le facoltà razionali dell'individuo con le sue facoltà irrazionali».

Mi sono sembrate parole che vanno anche oltre all'indicazione di non “spezzettare” Jung ma di leggerlo con continuità, dalla prima sua esperienza clinica, non esclusi gli “esperimenti”, fino a quella “bellezza” che si trova in alcune immagini che però potrebbero perdere il loro “senso” più profondo se separate da quelle parole della clinica che hanno nutrito il “primo” Jung. La Bellezza è anche il tratto che unisce empiria e totalità, particolare e universale, per dirla con le parole della tradizione filosofica occidentale, senza che l'uno “uccida” l'altro. Lo spazio estetico è anche lo spazio clinico dell'incontro con il paziente. «Lo spazio estetico è forse il luogo in cui il *pathos* che è proprio dell'arte si confronta con il *pathos* del pensiero, con quella passione che possiamo riconoscere in Platone, in Nietzsche ma certamente anche in Hegel» Sono le parole del filosofo Franco Rella (2017, p. 59); se parliamo di *pathos*, parliamo anche di un soggetto che soffre e quindi di umanità.

Didi-Huberman, nella sua postfazione all'edizione del 2012 di *Invention de l'hystérie* mette in discussione quanto aveva precedentemente scritto sul «*femminino terribile* dell'isteria alla Salpêtrière» proprio udendo «le grida di dolore delle pazienti e dei pazienti ammessi nei padiglioni che circondavano la Bibliothèque Charcot, dove esploravo l'archivio di tutti quei dolori passati» (2017, p. 2). È sempre un colpo “patico” che toglie da un pensiero astratto e oggettivante, che fa progredire, avvicinando l'essere umano alla sua umanità. Perché è sempre proprio il colpo patico che porta in primo piano quella *esigenza dell'impensato* che è tanto dell'incontro psicoterapeutico quanto dell'incontro con l'arte.

E così Ferrari: «La bellezza junghiana ... è la bellezza dell'incontro umano con l'altro, del contagio affettivo che ne scaturisce, dell'intuizione che accompagna sempre il pensiero razionale» (p. 97).

Mi rendo conto di essermi soffermata soltanto su alcuni aspetti di questo libro che ho letto con grande piacere e che consegno agli altri lettori che potranno trovarne anche molto altro da me trascurato. Ma questo va ad onore di questo libro che è così ricco di spunti, di immagini linguistiche che si aprono su mondi inaspettati e, soprattutto che, non chiudendo il discorso, lasciano spazi aperti all'immaginazione e quindi al respiro e alla vita.

## Bibliografia

Dostoevskij F. 1981, *L'idiota*, Einaudi, Torino.

Didi-Huberman G. 2017, *Le immagini e i mali. Usi e disagi della sublimazione*, in «PsicoArt», n. 7.

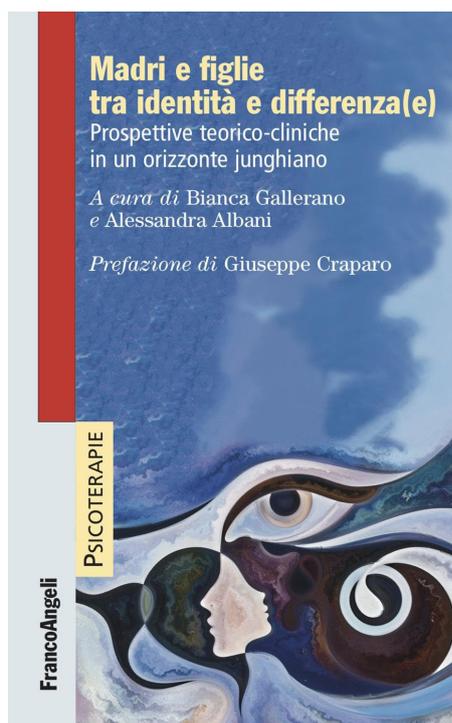
Rella F. 2017, *Quale bellezza?*, Orthotes, Napoli-Salerno.

Trevi M. 1988, *L'altra lettura di Jung*, Raffaello Cortina, Milano.

**Bianca Gallerano e Alessandra Albani (a cura di),  
*Madri e figlie tra identità e differenza(e).*  
*Prospettive teorico-cliniche in un orizzonte junghiano,*  
FrancoAngeli, Milano 2024**

**Anna Moncelli**

Partendo da una prospettiva complessa declinata a più voci, il volume affronta e approfondisce il tema dell'essere madri, fornendo una panoramica ampia e trasversale sulle molteplici dimensioni che questa espressione racchiude. Il vertice di osservazione particolarmente fecondo è quello di un insieme di riflessioni maturate e confrontate all'interno di un gruppo di ricerca teorico-clinico del CIPA (Istituto di Roma e dell'Italia centrale) dal titolo *Il tema della genitorialità. Il lavoro clinico con le madri*. Le esperienze vissute da dieci analiste nel corso del lavoro psicoterapeutico si intersecano con chiavi di lettura che, mai univoche ed esaustive, diventano strumento di esplorazione delle dimensioni intrapsichiche e relazionali, portando alla luce i nodi profondi e intricati sollecitati dalla genitorialità.



La cornice della visione junghiana fa da orizzonte, conducendo in quel substrato ancestrale che la parola madre contiene, in quel territorio immenso nel quale si incontrano e scontrano archetipicamente i temi della generatività, del maschile e del femminile, della natura e della cultura, della religione e della scienza, della vita e della morte. Nelle storie cliniche esposte nel testo questa complessità si coagula nelle rappresentazioni psichiche e nelle immagini di madri e figlie, nei loro dolorosi vissuti e nel racconto dei faticosi tentativi di riconciliare nella stanza d'analisi i vissuti personali delle donne, la loro adesione intima all'essere madri, inconsciamente embricati con le componenti sovraperpersonali, trans-generazionali e culturali. Il tema annunciato nel titolo, *identità e differenza(e)*, suggerisce dunque un passaggio sfumato, e cioè che quando si parla di madri e figlie non è solo in gioco la relazione interpersonale, ma si affonda nella

dimensione intrapsichica, soggettiva, dell'individuazione femminile e delle sue molteplici ma talvolta anche difficili possibilità trasformatrice. Sembrerebbe questo il *fil rouge* che collega i diversi capitoli. Non a caso si parte dal nucleo fondativo della maternità che è la relazione di coppia, come emblema della *coniunctio* esterna e interna tra maschile e femminile, che diviene generativa a condizione che vi sia disponibilità e possibilità psichica di accedere ad una loro integrazione. Si continua con la riflessione su quello che accade quando un destino avverso ferisce il materno, come nel caso di figli con gravi patologie psico-fisiche, dove il dolore e la disperazione fanno cortocircuitare le possibilità di accedere a possibili elaborazioni di senso. Su un piano analogo di difficoltà, si collocano i racconti di casi clinici in cui si manifesta, in tutta la sua potenza, quel nucleo arcaico sotteso al complesso materno, che costringe la coppia madre-figlia in una identità inconscia e in una simbiosi inestricabile. Rimane nel territorio paludoso del materno negativo, primitivo e della violenza agita e fantasticata di questa dimensione, l'esposizione di storie di donne, fuggite dalle loro terre e dalla impossibilità di essere "altro" rispetto ad una cultura di appartenenza arcaica o a donne inconsciamente agite da temi transgenerazionali mortiferi.

Il cerchio delle riflessioni si chiude con il tema di apertura, riportando sulla scena il lavoro terapeutico di coppia come via d'accesso alla possibilità di trasformazione individuale. In questa visione caleidoscopica e plurale delle multiformi dimensioni che avvolgono il materno, soprattutto nelle forme più insidiose e oscure che il nostro lavoro terapeutico incontra, si rendono sempre più necessari degli approcci multidisciplinari e delle competenze specialistiche che, come rappresentato nell'ultimo capitolo, cooperino nel lavoro di cura, facendo convergere tutte le energie e le conoscenze per metterle al servizio di circostanze estreme.

In conclusione, degna di nota è la considerazione che la centralità e la potenza del tema della Madre per la psicologia e la psicoanalisi, insieme alle teorizzazioni sulle competenze emotive necessarie per una buona genitorialità, può trascinare l'analista in una idealizzazione tale della buona maternità da far perdere di vista dove psichicamente sta il paziente. Occorre, come suggerisce Jung, sacrificare l'intelletto e lasciare spazio al sentimento, aprire lo sguardo alle diverse visioni personali e teoriche, integrarle e utilizzarle come strumenti di lavoro e non come dogmi, metterle a disposizione della cura dell'Altro e delle sue potenzialità trasformatrice.

## Povere creature! (Poor Things)

Miriam Dambrosio

Quando sono uscita dalla sala dopo aver visto il nuovo film di Lanthimos, ho avvertito il sapore amaro di quando si vede qualcosa di nuovo ma al contempo ancora molto vecchio, pur in una estetica fascinosa e ammaliante.

Premetto quindi che le presenti riflessioni avranno un carattere di Sentimento tanto quanto di Pensiero, nel cercare di leggere la mia personale esperienza di fruizione di questo particolare film. Forse alla mia esperienza di visione si è anche sommata una quota di reazione (o forse non celata “ribellione”) anche e soprattutto a quanto a posteriori ho visto dichiarare e sponsorizzare “a proposito di” questo stesso film.

Sembra che la critica e il pubblico si siano orientati nell’interpretare i temi e i personaggi di *Povere creature* in una prospettiva femminista/emancipatoria, il che mi ha lasciata piuttosto perplessa. Premettiamo che l’immaginario sessista/patriarcale si muove attorno a figure sia maschili che femminili che abitano il mondo interno, sia degli uomini che delle donne. Per cui, come una certa letteratura femminista suggerisce ormai da tempo, per superare modelli di genere connotati in un’ottica patriarcale e limitante (per ambo i sessi!), bisogna passare dalla ricostruzione dell’immaginario che ruota sia intorno al maschile che al femminile.



Femminile e maschile sono immagini archetipiche che si riferiscono a dimensioni collettive profonde, che si intersecano e interagiscono con le nostre esperienze biografiche personali anche nostro malgrado. In tal senso, l’ambientazione fiabesca atemporale del film di Lanthimos lascia emergere molte immagini archetipiche relative ai due sessi, e quindi – come ogni fiaba – racconta un immaginario universale e contribuisce a riproporne alcune figure.

Tuttavia, le figure che questa fiaba inscena non propongono a mio avviso scenari evolutivi o nuovi, ma ci immergono in immagini sessiste polarizzate e unidirezionali. Anche lo snodo narrativo non sembra proporre strade evolutive per i protagonisti del film, ma finisce per

triturare stereotipie vecchie ammantandole di un intento liberatorio che è solo di superficie. L'estetica del film mi sembra sovrasti di molto la povertà di pensiero nella trama narrativa.

La storia è quella di una donna (gravida) che può sfuggire ad un legame a dir poco sado-masochistico con il marito solo con un atto di morte volontaria. Arriverà un uomo, il dipinto della pura razionalità asessuata, un eunuco, a salvarla. Nel farlo la ridurrà tuttavia ad una creatura che più che infantile sembra animalesca. A tratti nel vedere questo volto bellissimo e animico, in un corpo etereo e scoordinato, ho pensato più a come avrebbe agito e pensato il mio amato cagnolino in un corpo di donna che non un bambino nelle stesse condizioni. Una donna ammaliante nel corpo, completamente sguarnita di empatia e capacità relazionali sviluppate, con una spontaneità animalesca che diventa il maggior punto magnetico di attrazione in chi la circonda.

Non sottovaluto con questo gli animali. Chiunque conosca il mondo degli animali sa che sono delle creature in grado di attivare un fortissimo sentimento di attaccamento – reciproco e ricambiato – in chi si prenda cura di loro, esattamente come i bambini molto piccoli.

La parte peggiore, infatti, in questa storia non è destinata a questa Bella creaturina, ma a chi finisce per amarla. Ed è qui, secondo me, che il film rivela la sua incapacità nel mostrare qualcosa di nuovo o addirittura “provocatorio-rivoluzionario” al suo pubblico.

Tre uomini principali ruotano attorno a questa donna/animale, tre archetipi di un maschile vetusto e sottosviluppato seppur in modi e forme differenti: il Padre Eunuco, il Marito Passivo Impotente, l'Amante-Priapo. A latere di queste figure si aggiungono anche l'Uomo-Amico e il Marito-Mostro.

Vorrei soffermarmi allora su di ciascuno di questi uomini.

Il Padre Eunuco ha una spinta salvifica verso questa donna meravigliosa e distrutta dalla vita, e potendo muoversi in un corpo annichilito da qualsiasi pulsione sessuale, fa catarsi assumendo un ruolo pigmalionico/genitoriale. È l'archetipo del padre che forgia a sua immagine e somiglianza, che piuttosto che salvare madre e figlio fa di Bella sua figlia, sottoponendola a un atto ri-creativo violento ed estremo per esaudire un desiderio di ricerca e riprodurre quanto lui stesso racconta di aver – seppur in forme diverse – subito dal proprio mostruoso padre. Riduce una madre ad una figlia. Questo è l'archetipo negativo del paterno, che esalta e al contempo imprigiona il potenziale procreativo ed evolutivo della figlia. Bella/figlia è l'esperimento di suo padre. Esperimento amato e adulato, ma reificato in una umanità annientata dall'atto chirurgico-creativo del padre.

Il Marito Passivo è l'archetipo di un maschile gentile tanto quanto ristretto. È il marito che sembra accogliere ma lo fa solo in piccolissima parte perché non sa guardare l'Altro nella sua interezza. Egli è sedotto – quasi suo malgrado – dall'Eros emanato da questa creatura animale in un corpo di donna adulta, ma è a sua volta completamente disconnesso da una propria stessa consapevolezza erotica, addirittura la respinge e ne sembra atterrito. È, a mio avviso, il peggior stereotipo maschile tra quelli proposti, perché è il più subdolamente corrispondente ad un immaginario sessista/patriarcale. È l'archetipo dell'“uomo buono” che vuole addomesticare nell'altra degli impulsi di cui lui stesso non ha alcuna coscienza e consapevolezza, che è attratto dal corpo ma non è in grado di relazionarsi con l'intero dell'Altro. È in definitiva l'immagine di un maschile sessualmente represso ma “buono”. Cosa sceglie/ama quest'uomo di Bella? Bella è una creatura animale, non ha ancora empatia, è a tratti vio-

lenta e manipolatoria sia con lui che con chi li circonda. Perché quest'uomo ne è ammaliato e vuole sposarla legandosi a lei per sempre? Questo è l'archetipo di un maschile sguarnito e inconsapevole di sé quanto di chi lo circonda e di conseguenza atterrito dall'erotismo femminile e persino suo proprio maschile perché, di fatto, completamente incapace di accogliere e comprendere l'Eros (e non solo il sesso!) in una relazionalità simmetrica e adulta. Questo archetipo anima le fantasie maschili e femminili relative all'associazione gentilezza-impotenza-inettitudine negli uomini "buoni", che però di emotivamente evoluto non hanno maturato nulla. È un po' un'eco in salsa pop del marito gentile ma relazionalmente analfabeta di Madame Bovary... Gli uomini "buoni" sono ancora una volta associati a uomini relazionalmente incapaci e sessualmente repressi.

Infine, il classico dei classici: l'Amante-Priapo. Questo è l'archetipo più vecchio di tutti, che veicola l'immaginario legato ad un maschile manipolatorio e bidimensionale. È l'altra faccia del marito impotente. Manipolatorio tanto quanto di fatto finisce per essere a sua volta manipolato dalla propria stessa ristrettezza emotiva. Non a caso è lui a riproporre la storia eterosessuale sessista più vecchia di sempre: l'amante emotivamente incompetente che si scopre innamorato in risposta all'assenza emotiva dell'Altra. Cosa ama quest'uomo in Bella se non il riflesso della propria stessa assenza e totale incompetenza emotiva ed empatica? Questo è l'archetipo del Don Giovanni redento, quello che si relaziona alla donna con una visione strumentale di interscambio, e che cortocircuita il proprio *loop* consumistico solo quando l'oggetto del suo erotismo lo rende oggetto a sua volta. Questo archetipo anima le fantasie maschili e femminili relative ad una dinamica di ruolo in cui l'indifferenza e l'assenza di riscontri emotivi possono essere in grado di generare il più folle "amore" anche nel più incallito dei seduttori. Di fatto il personaggio di Lanthimos al manicomio ci finisce per davvero. Anche il senso di rivalsa femminile a cui ammicca lo sviluppo di questo personaggio diventa quindi la riproposizione del più vecchio degli immaginari patriarcali: la donna che consuma l'uomo tanto quanto ne è stata consumata, a manipolazione e consumo si contrappone altrettanto, ma sempre in una dinamica uomo-donna di potere subito e/o imposto attraverso una sessualità totalmente disarticolata da dinamiche di riconoscimento empatico, rispetto relazionale e affettività. Stiamo quindi ancora a parlare di rivalsa femminile attraverso il sovvertimento e l'appropriazione di un modello maschile sterile ed emotivamente azzerato?

Un piccolo ruolo a sé stante finisce poi per vestirlo il cinico amico di crociera di Bella, unico personaggio ad incarnare anche una minoranza nel film, unico a creare una interazione differente con l'animo animalesco della protagonista. Lui, a mio parere, incarna l'archetipo dell'Uomo-Amico. All'interno, infatti, di una interazione che è l'unica non sessualizza con la protagonista (eccezion fatta per il Senex incarnato dalla vecchia accompagnatrice di crociera, che si muove non a caso in coppia all'amico), l'Amico guida con una vena di sadismo Bella alla scoperta dei primi sentimenti di dolorosa empatia di cui scopre l'esistenza in un animo che – a questo punto del film – si fa meno animale e diventa po' più "umano". Questo archetipo si muove all'interno dell'immaginario femminile e maschile per cui una relazione evolutiva e simmetricamente orientata alla crescita emancipatoria è possibile solo all'interno di legami amicali, dove il corpo e la sessualità sono – per un motivo o per l'altro – estromessi.

Per quanto riguarda infine il Marito-Mostro, non so neanche se valga la pena descriverlo. Il marito originario della protagonista sembra infatti il più spinto degli archetipi aggressivi e

bestiali relativi al maschile: un uomo bestiale, mosso da istinti sadico-persecutori e distruttivi, che si orienta sul possesso dell'altro e agisce ogni relazione in una dinamica di dominio e sottomissione dell'Altro. Più che un archetipo sembra il dipinto della psicopatia. Sembra quasi superfluo dire come questo archetipo si muova all'interno di un immaginario relativo alla bestialità maschile senza argini, orientata esclusivamente all'assoggettamento dell'altro in una ragione di possesso e dominio. Anche in un modo dichiaratamente esplicito, questo è l'uomo patriarcale primitivo per eccellenza.

Credo che dovremmo uscire finalmente dalla visione concettualmente fin troppo superata per cui l'emancipazione dagli stereotipi sessisti passa solo dai movimenti femminili nel mondo, ed abbracciare un immaginario più ampio del maschile in modo che diventino "concepibili", cioè pensabili ed immaginabili, anche immagini archetipiche maschili più evolute e complesse di quelle che ad esempio popolano il film di Lanthimos.

Io non credo che un film che proponga una visione di questo tipo del maschile possa in alcun modo contribuire alla liberazione collettiva da stereotipi negative sessiste.

In aggiunta, trovo svilente anche il punto di osservazione proposto attraverso il personaggio di Bella, questa creatura bestiale che a sua volta corrisponde ad una proiezione maschile patriarcale per cui le donne moralmente libere sarebbero "spontaneamente" agenti di una sessualità sfrenata e totalmente incompetente sul profilo relazionale.

Lo spirito archetipico Femminile è uno spirito di Anima, cioè orientato alla relazione e all'accoglienza dell'Altro in senso ampio e non solo sessuale. È questo lo stesso spirito che si muove negli uomini che siano messi nelle condizioni di accoglierlo e comprenderlo.

Non ritrovo in Bella un personaggio femminile libero da briglie morali, ma un femminile patriarcale che corrisponde ad un immaginario vecchissimo per cui le donne svincolate dal potere familiare maschile sarebbero delle "prostitute" voracemente e insaziabilmente mosse da una fame sessuale senza argini e senza alcun interesse alla relazione con l'altro. Bella è la proiezione del più vecchio archetipo femminile patriarcale, quello che in epoche e luoghi lontanissimi dal nostro vedeva le donne menstruate come pericolose perché potenzialmente troppo "affamate" di sessualità, in quanto temporaneamente sterili. Non a caso Bella è una creatura sterile, che approda alla sua fame sessuale passando dall'uccisione simbolica della propria stessa maternità.

In cosa, dunque, si vedrebbe una storia di liberazione femminile in questa fiaba moderna?

Aggiungiamo, poi, che nessuna emancipazione può passare dall'assenza di consapevolezza emotiva, e mi piacerebbe in tal senso chiedere al regista cosa possa esserci di liberatorio in questa donna/animale (quindi priva di Psiche = pensiero riflessivo) che manipola senza sapere di farlo, abusa e si lascia abusare in una apparente scissione dal proprio corpo affettivo (di cui compare solo una vaga traccia quando dice alla maitresse di sentirsi "distaccata"), e che sembra poter esplorare corpo e relazioni solo in una dimensione di sfruttamento consumistico di sé (nella prostituzione, che per altro è un'ulteriore immagine patriarcale riferita al corpo sessuato delle donne) per poi arrivare – forse – allo studio della medicina ma intesa anche questa come chirurgia sperimentale ad uso e consumo della "Scienza". La Bella di fine film è un personaggio scisso tanto quanto il padre, intende la Scienza come il dominio di una razionalità priva di empatia e relazione, abusa dei corpi dei suoi "pazienti"/vittima ad uso e consumo delle proprie ricerche e desideri di vendetta.

I corpi di questo film sono sempre e solo corpi abusati e reificati.

Nuovo, dal mio punto di vista, sarebbe vedere narrazioni in cui uomini e donne emancipati da questi archetipi vetusti e monodirezionali potessero incarnare un maschile dotato di un'Anima relazionale complessa e competente, uomini gentili ma non impotenti, accoglienti senza dominio, paterni ma non pigmalionici e soprattutto donne non bestiali e a loro volta animate da un femminile relazionale prima ancora che sessuale e strettamente corporeo. Uomini e donne "emancipati" sono quelli in cui si possono muovere simultaneamente modelli di un Maschile e di un Femminile emotivamente evoluti e non primitivi.

La sessualità non è di per sé strumento di liberazione, come il femminismo di primissima generazione ha ampiamente dimostrato, perché la sessualità non è strumento ma mezzo di relazione.

In tal senso, mi ha molto rattristata leggere delle letture date a questa fiaba come di un modello di liberazione femminile, confermandomi come molto spesso all'etichetta di femminismo finisca per corrispondere uno slogan (e un *trend*) sempre più svuotato del suo significato più radicale ed etico rispetto alle relazioni uomo-donna.



## Gli autori

### Luigi Aversa

Medico specializzato in Psichiatria e psicoanalista junghiano. Ha lavorato e insegnato nella Clinica psichiatrica dell'Università La Sapienza e successivamente all'Università di Tor Vergata di Roma; è stato tra i fondatori della Società Italiana di Psichiatria Transculturale e con i più illustri antropologi italiani ha studiato i rapporti tra la follia e le varie culture. Insieme a Mario Trevi e Umberto Galimberti ha fondato la rivista *Metaxù* e ha a lungo collaborato con Paul Ricoeur. Insieme a Corrado Pensa e a Grazia Marchianò ha fondato l'*International Center for Advanced Research and Education* (ICARE) ed è attualmente presidente del CIPA e direttore della sezione di Psicopatologia del *Centro Italiano di Ricerche Fenomenologiche*. Ha curato la diffusione in Italia dell'insegnamento di Jiddu Krishnamurti. È autore e curatore di molte opere italiane e straniere.

### Maria Antonina Cannella

Dirigente medico psichiatra con funzioni di coordinamento presso il SERD Area 3 dell'UOC Dipendenze Patologiche, ASP 6 Palermo. Psicologo analista e socio CIPA – Istituto di Roma e dell'Italia centrale. In atto svolge attività di supervisione clinica e attività di docenza presso la scuola di psicoterapia ad orientamento junghiano dello stesso Istituto.

I suoi ambiti di studio e di ricerca sono Psicopatologia e psichiatria fenomenologica, con riferimento alla psicologia junghiana e Psicodinamica delle nuove dipendenze patologiche.

### Mario Colucci

Psichiatra, direttore del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Udine; psicoanalista, membro del Forum Lacaniano in Italia e della Scuola di Psicoanalisi dei Forum del Campo Lacaniano; docente presso la Scuola di Specializzazione in Neuropsicologia dell'Università di Trieste e presso l'Istituto per la Clinica dei Legami Sociali di Venezia; socio fondatore della Scuola di Filosofia di Trieste, redattore della rivista *aut aut*. Con Pierangelo Di Vittorio ha pubblicato nel 2001 la prima monografia sullo psichiatra veneziano *Franco Basaglia. Pensiero, pratiche, politica* (Sesto San Giovanni 2024); sempre con Di Vittorio ha pubblicato *Franco Basaglia. Un intellettuale nelle pratiche* (Milano 2024).

### Miriam Dambrosio

Psicologa e psicoterapeuta del CIPA e socia da quest'anno presso l'Istituto milanese.

Lavora in libera professione dal 2017, principalmente con adulti e giovani adulti. A partire da una lunga esperienza in un consultorio storico milanese, e attraverso più lavori di approfondimento e ricerca anche in corso di formazione (tesi di laurea, tesi di master, corsi di

formazione specifici, organizzazione di seminari), ha sempre coltivato lo studio di tematiche afferenti al Femminile come dimensione individuale (anche attraverso le sue manifestazioni corporee in condizioni ginecologiche disfunzionali o patologiche), di coppia e collettiva.

### **Ivan Di Marco**

Vive attualmente a Roma, e si divide fra Latina e l'Urbe nella sua pratica di psicologo clinico. Allievo analista presso il Centro Italiano di Psicologia Analitica (CIPA) di Roma, è un lettore appassionato a cui piace scrivere e condividere riflessioni sul suo blog e riviste altrui.

### **Francesco Di Nuovo**

Psichiatra, attivo nel Dipartimento di Salute Mentale di Palermo. Psicologo analista, socio del CIPA – Istituto di Roma e dell'Italia centrale con funzioni di Training e Docente della Scuola di Specializzazione. Membro dell'*International Association for Analytical Psychology (IAAP)* di Zurigo.

### **Pierangelo DiVittorio**

Dopo essersi laureato in filosofia a Bari, lavora nei servizi di salute mentale di Trieste, per poi svolgere il dottorato di ricerca in filosofia presso l'università Marc Bloch di Strasburgo con Philippe Lacoue-Labarthe. Tra le sue pubblicazioni: *Foucault e Basaglia. L'incontro tra genealogie e movimenti di base* (Verona 1999); con M. Colucci, *Franco Basaglia. Pensiero, pratiche, politica* (Milano 2001 e 2024) e *Franco Basaglia. Un intellettuale nelle pratiche* (Milano 2024); con B. Cavagnero (a cura di), *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia* (Milano 2019); *Ragione funambolica. Sull'utilità del pensiero per la vita* (Milano 2021); *Fitzcarraldo Fragment. Il sublime, la techne, il legame sociale* (Roma 2023). Tra i fondatori del collettivo di ricercatori e artisti Action30 e di transverberA - pratiche artistiche per la promozione di legame sociale, fa parte del CDA dell'agenzia di formazione SOFOR di Bordeaux e della redazione della rivista *aut-aut*, e insegna Antropologia dell'immagine presso la scuola di grafica e design IDEAcademy di Bari.

### **Giuseppe Ducci**

Psichiatra, psicoterapeuta, Direttore del DSM della ASL Roma 1, Direttore UOC SPDC Ospedale San Filippo Neri.

### **Chiara Giubellini**

Medico chirurgo, psicoterapeuta, socio analista CIPA e IAAP. Dal 2014 ha svolto attività clinica in ambito psichiatrico istituzionale tra Londra e Roma; attualmente in formazione specialistica in Psichiatria presso la regione Liguria.

### **Angiola Iapoce**

Psicoanalista junghiana e filosofa, socia analista del CIPA, già Segretaria Scientifica dell'Istituto di Roma e dell'Italia centrale. Membro dell'*International Association for Analytical Psychology (IAAP)*. Docente presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia. Autrice di pubblicazioni e presente con propri lavori in molti Convegni e attività seminariali. Ha fatto parte della

redazione della rivista *Metaxù* diretta da Mario Trevi. Interessata alla psicologia del sogno, le sue ricerche si rivolgono all'approfondimento dei rapporti tra psicologia junghiana e filosofia con particolare attenzione al rinnovamento in senso fenomenologico del concetto di "affetto" nella Psicologia Analitica e all'approfondimento del rapporto tra arte, psicoanalisi e psicologia analitica.

### **Silvia Mariani**

Educatrice professionale, Supervisore e Counselor Filosofico. Si occupa di progetti educativi individualizzati, conduzione di gruppi psicoeducativi, gruppi e percorsi individuali per uditori di voci, formazione e supervisione educativa. Ha esperienza pluriennale in Comunità Terapeutiche per patologie psichiatriche dipendenze. Attualmente lavora presso un Centro di Salute Mentale della ASL RMH 6.

### **Giuseppe Martini**

Psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana; è stato primario psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale Roma 1 dal 1993 al 2017, dirigendo sia i Servizi territoriali, sia il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Santo Spirito. Ha inoltre insegnato presso le Scuole di specializzazione in Psichiatria di diverse Università italiane. Campo elettivo della sua attività clinica sono le depressioni, i disturbi di personalità, le psicosi, l'integrazione tra trattamento farmacologico e psicoterapico. Da un punto di vista teorico, si interessa dei rapporti tra psicoanalisi e filosofia ermeneutica, psicoanalisi e cinema, psichiatria e narrazione. È autore di circa 180 pubblicazioni e di vari volumi tra cui si segnalano quelli di più recente pubblicazione: *Le storie infrante* (Roma 2016), *L'identità in questione*, in collaborazione con Vinicio Busacchi (Milano 2020); *L'inconscio filmico. Il cinema tra ermeneutica e narrazione* (Milano 2024); *Las transformaciones de la identidad*, in collaborazione con Vinicio Busacchi (Barcelona 2025).

### **Anna Moncelli**

Psicologa analista, socia del CIPA e della IAAP. Svolge attività didattica e di supervisione presso l'Istituto di Roma. Le sue principali aree di ricerca riguardano il sogno e la riflessione in ottica junghiana sui temi della contemporaneità.

### **Caterina Romagnoli**

Psicoterapeuta, psicologa analista, socia del CIPA e della IAAP. Svolge attività clinica in studio privato a Roma.

### **Martina Saraceni**

Psicologa, psicoterapeuta, socia analista del CIPA e membro IAAP. Si occupa di psicoterapia degli adolescenti e ha lavorato per anni in strutture residenziali e semiresidenziali per pazienti psichiatrici adulti e adolescenti.

## NORME REDAZIONALI

- Il testo va presentato in formato Word, carattere Times New Roman, dimensione 12 punti, interlinea 1, salvato in stile 'normale'. **Non** usare MAIUSCOLETTI, sottolineature o **grassetti**.
- Il testo **non** deve **tassativamente** contenere tabulazioni di alcun genere.
- Il testo non dovrà essere sillabato manualmente, né dovrà contenere alcun tipo di testo nascosto, come commenti o riferimenti incrociati automatici.
- Si invitano gli autori a contenere la lunghezza del proprio elaborato e si invitano gentilmente a non superare i 40.000 caratteri, inclusi gli spazi e la **bibliografia che si deve limitare ai testi presenti e citati nell'articolo**. Le citazioni da internet dovranno riportare il sito di accesso e la data in cui l'accesso è stato effettuato.
- Le virgolette nel testo sono queste: “ ”. Le citazioni all'interno del testo vanno poste tra caporaletti «...».
- Parole in particolare evidenza o parole straniere vanno in *corsivo*.
- Il numero delle note deve essere estremamente limitato, a fondo pagina. Devono essere in carattere Times New Roman, dimensione 10 punti.
- Il riferimento bibliografico della citazione contenuta nel testo va posto all'interno del testo stesso in questo modo: (Jung 1943, p. 137).
- All'interno di una citazione la parte eliminata è identificata in questo modo ....
- Usare p. per intendere pagina al singolare e pp. per pagine al plurale; analogamente, vol. e voll.
- Va evitata la facile confusione grafica tra accenti e apostrofi, ponendo **particolare attenzione** ai seguenti casi, indicati a titolo di esempio: e' perche', verita', mangero', piu', cosi' al posto delle forme corrette: è, perché, verità, mangerò, più, così. Particolare attenzione va poi prestata all'uso corretto della “e” accentata: è (detta grave oppure aperta di: è, caffè...) – é (detta acuta oppure chiusa di: perché, né...).

È prevista una bibliografia finale limitata ai testi citati nell'articolo. Per la bibliografia utilizzare i seguenti esempi:

Per i libri: Rizzolatti G., Sinigaglia C. 2006, *So quel che fai*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Per i libri tradotti: Lakoff G. 2006, *Whose Freedom?*, [ed. it. *La libertà di chi?*, Codice edizioni, Torino 2008].

**Si accettano anche le indicazioni relative solo all'edizione italiana.**

Per gli articoli nelle riviste: Petrella F. 1993, *Percezione endopsichica/fenomeno funzionale*, in «Rivista di Psicoanalisi», vol. XXXIX, fasc. 1.

Per i saggi all'interno di libri: Galli P.F. 1990, *Psicoterapia in Italia, ieri e oggi*, in Benvenuto S., Nicolaus O. (a cura di), *La bottega dell'anima*, FrancoAngeli, Roma.